

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1115/2025

ATAS/202/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 mars 2026

Chambre 5

En la cause

A _____
représentée par Me Mélanie MATHYS DONZÉ, avocate

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président

EN FAIT

- A.**
- a.** D'origine afghane, A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1985, est arrivée en Suisse en septembre 1989 et a été naturalisée suisse le 9 mai 2001.
 - b.** Titulaire d'un *Bachelor* et d'un *Master* en lettres, l'assurée a travaillé dans divers domaines, en dernier lieu en tant que stagiaire déléguée de mission pour le compte du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) pour la mission permanente de la République des B_____ auprès de l'Organisation des Nations-Unies (ONU).
 - c.** En septembre 2019, l'assurée a été victime d'une manipulation violente et inattendue de la part de son professeur de sport durant son cours de boxe.
 - d.** Elle est en incapacité de travail totale depuis mars 2020.
- B.**
- a.** Le 5 septembre 2023, l'assurée a saisi l'office de l'assurance invalidité de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations, étant en incapacité de travailler en raison d'une chute mal contrôlée avec une sorte de coup du lapin ayant eu des répercussions sur ses vertèbres cervicales.
 - b.** Au dossier constitué par l'OAI, figure notamment un rapport établi le 5 décembre 2023 par le docteur C_____, spécialiste en neurologie auprès de l'hôpital de la Tour, dans lequel celui-ci a exposé que sa patiente avait été victime d'un *whiplash syndrome* après coup du lapin, en 2019. La dernière consultation avait eu lieu en septembre 2022 et le médecin considérait que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était alors nulle mais que dans une activité adaptée elle s'élevait à un taux compris entre 20% et 40%.
 - c.** Par avis du 13 septembre 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré que les pièces figurant au dossier étaient insuffisantes pour estimer la capacité de travail de l'assurée, raison pour laquelle il a préconisé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, avec volets rhumatologique, psychiatrique, neurologique et médecine interne.
 - d.** Suivant les recommandations de son SMR, l'OAI a mandaté, pour expertise, le centre Swiss Expertises médicales, soit pour lui les docteurs D_____, spécialiste en médecine interne générale, E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, F_____, spécialiste en neurologie et G_____, spécialiste en rhumatologie.

Dans leur rapport du 6 septembre 2024, les médecins précités ont retenu les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et somatisation (F45.0), en exposant qu'il s'agissait de manifestations subjectives sans substrat neurologique avec nualgies, céphalées, symptômes généraux, syndrome du coup du lapin avec entorse cervicale survenue en 2019, stabilisée et sans complication neurologique. La capacité de travail était de 0% au décours de l'entorse cervicale à compter de septembre 2019 et ce durant

trois à six semaines au maximum puis de 0% en mars 2020 avec l'apparition d'un trouble somatoforme et enfin entre 20% et 40% dès septembre 2022, compte tenu des conclusions du neurologue, avec une amélioration progressive de la capacité de travail en janvier 2023, permettant de considérer qu'au moment de l'expertise, la capacité de travail était entière.

En annexe au rapport figurait notamment un rapport du 15 avril 2024, dans lequel le docteur H_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a expliqué qu'il ne pouvait pas attribuer l'ensemble des symptômes décrits par sa patiente à une pathologie du rachis cervical ou à un éventuel syndrome myofascial lié à une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire car les plaintes dépassaient largement celles d'une telle entité. Il n'y avait donc pas d'argument à ce stade pour une origine organique à tous les symptômes et un trouble neurologique fonctionnel était suspecté. Le médecin précisait également que l'examen neurologique qui avait été effectué le jour même était dans les limites de la norme.

e. Dans son avis du 11 février 2025 (*recte* : 11 novembre 2024), le SMR a repris les diagnostics retenus par les experts et a considéré que la capacité de travail, quelle que soit l'activité, était nulle dès le mois de mars 2020, de 40%, dès le mois de septembre 2022 et de 100% dès le mois de juin 2024.

f. La comparaison des revenus effectuée par l'OAI a abouti à une perte de gain de 66.06% et, partant, à un degré d'invalidité de 66%.

g. Par projet du 6 décembre 2024, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente de 66%, limitée dans le temps, du 1^{er} mars au 30 septembre 2024, étant précisé que la demande de prestations était datée du 13 septembre 2023, qu'elle avait été déposée tardivement et que le droit à la rente ne pouvait donc prendre naissance qu'à partir du mois de mars 2024. Dès le mois de juin 2024, la capacité de travail de l'assurée était totalement rétablie ce qui permettait, après le délai de trois mois, de mettre fin au versement de la rente.

h. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée a contesté le projet de décision, par courrier du 15 janvier 2025, au motif que son incapacité de travail, qui avait commencé en septembre 2019, se poursuivait toujours.

i. En réponse à une demande de complément formulée par l'OAI, le Dr C_____ a expliqué, dans un courrier du 9 février 2025, qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis novembre 2022. À ce moment-là, son état était stationnaire, avec des symptômes persistants. Pour le Dr C_____, le diagnostic était celui d'un *whiplash syndrome* survenu dans le contexte d'un coup du lapin, l'assurée présentant des douleurs cervicales, des troubles de l'équilibre, des troubles de la marche, des troubles de la déglutition ainsi que des malaises avec perte de connaissance, lesquels entraînaient des limitations fonctionnelles. Le médecin précité a répété que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 20 à 40% dans une activité adaptée. Le Dr C_____ contestait le diagnostic de

trouble somatoforme évoqué dans l'expertise susmentionnée, relevant notamment qu'un tel diagnostic ne pouvait être posé qu'en l'absence de toute anomalie radiologique. Or, le bilan fonctionnel en IRM cervicale, effectué en 2023, montrait que le ligament transverse était intègre du côté gauche, alors que du côté droit, il présentait une modeste verticalisation en rotation gauche avec sur son bord médial un aspect de réduction de calibre avec un modeste hypersignal T2 ligamentaire, aspect associé en rotation gauche à un diastasis droit (sommet de l'odontoïde) de 2 mm. Pour le médecin ayant effectué le bilan fonctionnel, il pouvait s'agir d'un argument indirect d'instabilité cervicale. Or, ce type d'instabilité pouvait effectivement être retrouvé dans les *whiplash syndromes* et expliquer les symptômes de l'assurée.

j. L'OAI a soumis le rapport précité du Dr C_____ à son SMR, lequel a maintenu, dans un avis du 17 février 2025, ses conclusions du 11 novembre 2024, relevant que le médecin précité n'avait plus revu l'assurée depuis novembre 2022 et que les rapports concernant les consultations jusqu'à cette date avaient été pris en considération tant par le SMR que par les experts. L'examen radiologique évoquait des modifications modestes, qui reliait, comme argument indirect et de façon conditionnelle à une instabilité cervicale, qui elle-même pouvait être retrouvée dans un *whiplash syndrome*. Ce dernier syndrome était avant tout un diagnostic clinique et non radiologique. Or, l'expert neurologue avait constaté que l'évolution du syndrome était favorable, sans complication neurologique, que l'expert rhumatologue avait retrouvé un examen cervical normal avec une mobilité conservée, ce qui lui permettait de conclure à un *status post whiplash* résorbé. L'expert psychiatre a, quant à lui, décrit des mouvements de la nuque souples, l'assurée tournant la tête à gauche et à droite tout au long de l'entretien, sans symptomatologie douloureuse. Enfin, l'assurée avait rapporté une symptomatologie essentiellement à gauche (hémicorps gauche, œil gauche, articulation temporo-mandibulaire [ATM] gauche, membre supérieur gauche) alors que la suspicion radiologique se situait à droite.

k. Par courrier du 14 février 2025, la recourante a transmis à l'OAI la chronologie des faits entre septembre 2019 et février 2025 ainsi que le rapport établi le 13 février 2025 par Monsieur I_____, docteur en chiropraxie, le compte rendu de la séance de physiothérapie du 14 juillet 2020 au cours de laquelle des mesures d'équilibre ont été effectuées, le bilan neuro-orthoptique réalisé le 17 juillet 2024 par Monsieur J_____, orthoptiste, le rapport du 22 avril 2024 de Madame K_____, ergothérapeute, le compte rendu du 11 février 2024 de Monsieur L_____, docteur en chiropraxie, le rapport établi le 11 février 2025 par le docteur H_____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, un certificat du Dr C_____ du 15 janvier 2025, un rapport de consultation du 24 janvier 2025 de Monsieur M_____, ostéopathe, et un rapport du 12 février 2025 de Monsieur N_____, spécialiste en médecine naturelle, naturopathie et médecine complémentaire.

l. Les rapports précités ont été soumis au SMR qui a persisté dans ses précédentes conclusions par avis du 24 février 2025.

m. Par décision du 25 février 2025, l'OAI a accordé à l'assurée une rente de 66% limitée dans le temps, du 1^{er} mars au 30 septembre 2024, pour les motifs évoqués dans son projet du 6 décembre 2024.

- C. a.** Le 28 mars 2025, sous la plume de son conseil, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 25 février 2025, concluant sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et, cela fait, à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} mars 2024 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment relevé que l'expertise réalisée le 6 septembre 2025 n'avait pas pris en considération sa situation médicale et comportait une anamnèse ne correspondant pas aux explications qu'elle avait données aux experts, notamment en ce qui concernait ses journées-type. Son médecin neurologue, le Dr C_____ était d'ailleurs en désaccord avec les conclusions de l'expertise. Enfin, la recourante relevait que les pièces médicales qu'elle avait transmises avaient uniquement été soumises au SMR et non aux experts, étant encore relevé que le SMR n'avait pas du tout pris en considération, dans son dernier avis, les éléments mis en exergue par Monsieur I_____.

En annexe au recours figurait notamment un rapport du Dr C_____ daté du 21 mars 2025, dans lequel ce médecin a relevé que cliniquement, il n'y avait aucun déficit qui pouvait être objectivé. Par ailleurs, en raison des troubles de décoloration et de desquamations au niveau des mains, il avait adressé la recourante à un dermatologue. L'amélioration restait partielle encore mais elle plaidait, en soi, en faveur d'une atteinte post-traumatique de type *whiplash syndrome* plutôt que d'un trouble fonctionnel. Aussi, il était d'avis que la recourante ne pouvait pas encore reprendre une activité professionnelle mais il n'était pas exclu que cela change à moyen terme.

b. L'OAI a répondu en date du 15 avril 2025 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant que la recourante n'apportait aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir le caractère incomplet de leur rapport. Par ailleurs, le fait que ses médecins traitants aient une appréciation différente concernant son état de santé n'était en soi pas déterminant. Se référant à l'avis de son SMR du 7 avril 2025, joint, l'intimé a également considéré que le rapport du Dr C_____ du 21 mars 2025 n'apportait aucun élément nouveau qui n'aurait pas déjà été examiné par les experts. Enfin, il ne ressortait pas des griefs de la recourante des éléments concrets permettant de

remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise ou celle des avis du SMR des 17 février et 24 février 2025.

c. La recourante a répliqué le 7 juin 2025, concluant désormais préalablement à l'audition notamment du Dr C_____ et de M. I_____ et à son audition, reprenant pour le surplus ses précédentes conclusions. Dans cette écriture, la recourante a détaillé les éléments non pris en considération dans l'anamnèse effectuée par les experts. Elle a, en outre, relevé que ces derniers n'avaient pas pris contact avec ses médecins, alors même que ses symptômes étaient complexes. Les experts n'avaient pas non plus donné d'indication sur les examens médicaux tels que les IRM effectuées. En outre, les experts n'expliquaient pas quel métier elle pourrait exercer, étant précisé qu'elle n'avait pas travaillé dans son domaine de formation depuis plusieurs années. Elle relevait également que l'expertise avait été effectuée en juin 2024 alors que la décision querellée datait de février 2025. Enfin, elle contestait la comparaison des revenus effectuée et en particulier le salaire statistique sans invalidité retenu par l'OAI.

d. Par duplique du 2 juillet 2025, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions et écritures.

e. Le 15 octobre 2025, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a informé les parties qu'elle avait l'intention d'ordonner une expertise et qu'elle entendait la confier au docteur O_____, spécialiste en rhumatologie et à la docteure P_____, spécialiste en neurologie. Un délai au 31 octobre 2025 leur était octroyé pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation.

f. Par courrier du 21 octobre 2025, la Dre P_____ a convoqué la recourante pour un examen qui devait se tenir le 15 janvier 2026.

g. Par écriture du même jour, l'intimé s'est opposé au principe même d'une expertise en l'absence de motifs justifiant la mise en œuvre d'une telle mesure, ne faisant valoir, pour le surplus, aucun motif de récusation.

h. Le 27 octobre 2025, la chambre de céans a transmis aux parties la convocation précitée de la Dre P_____, précisant que ladite convocation ne serait validée ultérieurement que pour autant que les parties acquiescent au nom des experts pressentis.

i. Pour sa part, la recourante a informé la chambre de céans, par courrier du 31 octobre 2025, qu'elle n'avait pas non plus de motif de récusation à faire valoir. Elle a également relevé que, selon le rapport du Dr H_____ du 16 octobre 2025 annexé à son écriture, elle était toujours en incapacité totale de travailler.

j. Un projet de mission d'expertise a été communiqué aux parties par courrier de la chambre de céans du 12 février 2026.

k. Par courrier du 23 février 2026, l'intimé s'est déterminé en ce sens qu'il n'avait pas de remarques particulières sur le projet de mandat d'expertise.

1. Par courrier du 6 mars 2026, le recourant a demandé qu'il soit procédé à des ajouts, qui ont été retenus par la chambre de céans dans la mesure de leur pertinence.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- 2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière, non limitée dans le temps, singulièrement sur sa capacité de travail et, partant la valeur probante du rapport d'expertise des Drs D_____, E_____, F_____ et G_____, spécialiste en rhumatologie du 6 septembre 2024.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

3.2 En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.2 En vertu de l'art. 28b LAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). L'alinéa 4 détaille, dans un tableau, la quotité de la rente en fonction du taux d'invalidité lorsque celui-ci est inférieur à 50%.

5.

5.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5.2 Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes (sur le plan somatique ou psychique), à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4, 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2)

5.3

5.3.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

5.3.2 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Le trouble fonctionnel, évoqué à plusieurs reprises dans le dossier, désigne des plaintes portant sur le fonctionnement d'un ou de plusieurs organes (sphère digestive, cardiovasculaire, ORL, etc.) sans lésions anatomiques reconnues pouvant en rendre compte (*cf.* Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine - <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=trouble+fonctionnel>).

Les troubles regroupés sous le code F44 de la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10) ont en

commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. On admet que ces troubles sont psychogènes, dans la mesure où ils surviennent en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables, ou des relations interpersonnelles difficiles. L'examen médical et les examens complémentaires ne permettent pas de mettre en évidence un trouble physique (en particulier neurologique) connu. Par ailleurs, on dispose d'arguments pour penser que la perte d'une fonction est, dans ce trouble, l'expression d'un conflit ou d'un besoin psychique (<https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F40-F48>). Les troubles neurologiques fonctionnels au sens du code F44 sont considérés comme des atteintes non objectivables (cf. Nicolas REDING, *Les atteintes non objectivables*, 2024, n° 41ss p. 17 et 18 ainsi que n° 74 p. 32).

Les principales caractéristiques de la somatisation (F45) sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans. Dans la plupart des cas, les sujets entretiennent, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ont subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Les symptômes peuvent renvoyer à n'importe quel système ou partie du corps. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. Quand le trouble est de durée plus brève (moins de deux ans) ou quand il se caractérise par des symptômes moins évidents, on doit faire un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1).

Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 est retenu en présence de « symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus à – un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur ». Le clinicien se trouve en présence d'« arguments déterminants en faveur d'une cause psychologique qui explique les symptômes excessifs (par exemple crainte manifeste d'un handicap ou de la mort, compensation financière possible, déception relative à la qualité des soins médicaux) ». Ce dernier diagnostic est assimilé à celui de névrose de compensation employé fréquemment jusqu'au milieu des années 90 (Pierre-André FAUCHÈRE, *Douleur somatoforme*, 2007, p. 141 s.).

5.3.3 Le tableau clinique type d'un coup du lapin est notamment constitué des symptômes suivants (liste non exhaustive) : céphalées, migraines, cervicalgies, paresthésies, troubles de la concentration, de la mémoire, de la vue, de l'ouïe (acouphènes), de l'équilibre (vertiges, nausées), fatigabilité, insomnies, troubles de

l'humeur (athymie, irritabilité) et troubles psychiques (état dépressif ; ATF 117 V 359).

Les différents symptômes consécutifs à un coup du lapin peuvent être classés, selon la *Quebec Task Force*, de la manière suivante (classification admise sur le plan international) :

Grade I	Cervicalgies sans constat objectif d'un déficit organique, structurel ou fonctionnel (plaintes avec raideurs et hypersensibilité de la nuque)
Grade II	Cervicalgies avec constat objectif d'un déficit fonctionnel organique (limitation objective des amplitudes cervicales, sensibilité à l'examen par palpation)
Grade III	Constat de troubles neurologiques (réflexes tendineux diminués, déficit sensitif et moteur, atteinte radiculaire)
Grade IV	Constat de lésions organiques (fracture, luxation, déchirure)

Dans le cas des atteintes de grade I, et dans une certaine mesure de grade II selon la classification précitée, les plaintes ne peuvent souvent être mises en relation avec aucune atteinte structurelle au système nerveux ni aucune lésion traumatique osseuse ou ligamentaire. La médecine admet cependant qu'il peut exister, dans ce genre de situation, des microlésions des tissus mous non objectivables. En pratique, cela se concrétise par des plaintes telles que maux de tête, douleurs et raideurs cervicales ou encore trouble psychiques (Pierre ANGELOZZI, La dualité de la causalité adéquate en assurance accidents et en responsabilité civile sous l'angle des traumatismes de la colonne cervicale et des troubles psychiques *in* SJ 2009 p. 181ss, p. 182).

La période de récupération après un traumatisme crânien léger ou un traumatisme par coup du lapin est en principe limitée à six à douze semaines (Gerhard JENZER, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus ; Grenzbereich zum leichten SchädelHirn-Trauma, *in* SZS 1996 p. 467).

6.

6.1 Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau

schéma d'évaluation à toutes les maladies psychiques (cf. ATF 143 V 418), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), aux troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et au traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; 136 V 279 consid. 3.2.3). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

6.2 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les traumatismes du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; 136 V 279 consid. 3.2.3) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec

d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable, en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles

dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

7.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

7.3.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.3.2 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8.

8.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8.2 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1).

8.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9.

9.1 Afin de se prononcer sur la demande de prestations de la recourante, l'intimé a mandaté le centre d'expertises Swiss Expertises Médicales Sàrl, soit pour lui les Drs D_____, F_____, G_____ et E_____, pour expertise. Dans leur rapport du 6 septembre 2024, ces médecins ont retenu les diagnostics de majoration de

symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et somatisation (F45.0) en exposant qu'il s'agissait de manifestations subjectives sans substrat neurologique avec nuchalgies, céphalées, symptômes généraux, syndrome du coup du lapin avec entorse cervicale survenue en 2019, stabilisée et sans complication neurologique. La capacité de travail était de 0% au décours de l'entorse cervicale de septembre 2019 durant trois à six semaines au maximum puis de 0% en mars 2020 avec l'apparition d'un trouble somatoforme et enfin entre 20% et 40% dès septembre 2022, compte tenu des conclusions du neurologue, avec une amélioration progressive de la capacité de travail en janvier 2023, permettant de considérer qu'au moment de l'expertise, la capacité de travail était entière.

Se fondant sur ces conclusions, l'intimé a accordé à la recourante, après comparaison des revenus, une rente de 66% limitée dans le temps du 1^{er} mars au 30 septembre 2024.

C'est donc la valeur probante de ce rapport qu'il convient d'examiner principalement.

9.2

9.2.1 À cet égard, la chambre de céans constate, en premier lieu, que les experts ne semblent pas avoir eu connaissance des nombreux examens radiologiques effectués entre 2020 et 2023 (*cf.* rapport de M. I_____ du 13 février 2025, pièce 64, int.), dès lors que ceux-ci n'ont pas été évoqués dans leur rapport et que les comptes rendus y relatifs ne figurent pas au dossier de l'OAI, soit :

- En 2020 : IRM cérébrale, radiographie du thorax et IRM de la colonne cervicale ;
- En 2021 : IRM cérébrale et IRM de la colonne cervicale ;
- En 2022 : IRM cérébrale et angio intracrânienne, IRM de la colonne cervico-dorsale, IRM cérébrale, IRM de la colonne cervicale et angio-CT cérébral ;
- En 2023 : IRM cérébrale et du tronc supérieure aortique, IRM cervicale neutre et dynamique (flexion et rotation) et IRM de la colonne totale.

Ont également été évoqués pour 2022 : une consultation pour un bloc C2-C3, une infiltration pour ce même bloc ainsi qu'une recherche d'insuffisance vertébro-basilaire.

Or, il semblerait justement que l'IRM cervicale dynamique effectuée en 2023 ait montré du côté gauche, un ligament transverse intègre mais, du côté droit, un ligament présentant une modeste verticalisation en rotation gauche sur son bord médial avec un aspect de réduction de calibre avec modeste hypersignal T2 ligamentaire, aspect associé en rotation gauche à un diastasis droit (sommet de l'odontoïde) de 2 mm. Dans son rapport du 9 février 2025, le Dr C_____ a relevé que pour le médecin ayant effectué l'IRM en question, il pourrait s'agir d'un

argument indirect d'instabilité cervicale, étant précisé que ce type d'instabilité pouvait être retrouvé dans les *whiplash syndromes* et ainsi expliquer les symptômes de la recourante.

De son côté, M. L_____ explique, dans son rapport du 11 février 2024 (pièce 64, int.) que son examen clinique avait clairement montré que les mouvements de la tête avaient une incidence anormale sur la régulation des mécanismes d'inhibition et de facilitation du tonus des membres. Il a également relevé qu'au vu de la relation anatomique et neurophysiologique des cervicales supérieures, cette instabilité était en mesure d'affecter la fonction du tronc cérébral et de provoquer une dysautonomie s'exprimant de manière polymorphe.

C'est le lieu de relever, dans ce contexte, que les patients souffrant d'une instabilité crano-cervicale présentent souvent une grande variété de symptômes pouvant toucher plusieurs systèmes : céphalées persistantes (surtout à la base du crâne) ; douleur et raideur cervicales ; dysfonctionnement cognitif ou « brouillard mental » ; troubles visuels (vision double, vision floue) ; problèmes d'équilibre et vertiges ; difficulté à avaler ou à parler ; dysfonctionnement autonome (dysautonomie) ; apnée du sommeil ou réveils nocturnes fréquents ; engourdissement ou faiblesse des membres supérieurs et difficultés à marcher. Une telle instabilité peut, entre autres, être consécutive à un traumatisme (accident de la route ou impact sportif notamment), ou à un syndrome post-viral comme le COVID. Les médecins constatent la présence d'une instabilité crano-cervicale en combinant les symptômes relevés (douleurs cervicales, vertiges, céphalées, « brouillard mental ») aux résultats de l'imagerie dynamique (IRM ou CBCT debout), l'imagerie couchée manquant souvent l'excès de mouvement entre le crâne et les vertèbres C0-C1-C2 (<https://drgilete.com/fr/specialites/instabilite-cranio-cervicale-cci/>).

Dès lors qu'un grand nombre de ces symptômes ont été retrouvés chez la recourante et que l'IRM fonctionnelle a montré des éléments qui pourraient plaider en faveur d'une telle instabilité, les experts auraient dû explorer cette piste et, le cas échéant, l'exclure en justifiant leur décision. Toutefois, n'ayant pas été en possession de l'IRM dynamique en question, ils ne se sont pas intéressés à une telle atteinte, de sorte que leur rapport est incomplet, étant encore précisé que les rapports subséquents, notamment de MM. L_____ et I_____ des 11 et 13 février 2025 n'ont jamais été soumis aux experts mais uniquement au SMR, lequel s'est prononcé en date du 11 novembre 2024, ce qui n'est toutefois pas suffisant pour pallier les lacunes du rapport d'expertise.

9.2.2 Sur le fond, force est encore de constater que l'évaluation consensuelle et les différentes évaluations spécialisées ne comportent pas de chapitre détaillant clairement les plaintes de la recourante. Celles-ci peuvent toutefois être déduites des différentes anamnèses. Ainsi, il semble que la recourante se plaigne de malaises à répétition (expertise p. 21 et 56), nuchalgies (expertise p. 18, 21, 22 et 56), céphalées (expertise p. 18, 21, 22), douleurs abdominales (expertise p. 21),

troubles digestifs (expertise p. 18), dysphagie et dysphonie (expertise p. 18), troubles respiratoires avec manque d'air lors de cervicalgies intenses (expertise p. 18), pieds brûlants et lourdeurs dans les pieds, avec impression de fourmillements de la jambe et du mollet gauches (expertise p. 18).

Les médecins et autres intervenants ont évoqué plusieurs diagnostics susceptibles d'expliquer les plaintes de la recourante :

- *Whiplash syndrome* pour le Dr C_____ (rapports des 18 juin 2021, 16 septembre 2022, 18 novembre 2022, 5 décembre 2023 [pièce 19, int.], 15 janvier 2025 [pièce 64, int.] et 9 février 2025 [pièce 60, int.]) ;
- Troubles dynamiques post-traumatiques chroniques du rachis cervical haut, de type syndrome *whiplash* ayant entraîné une stabilité cervicale supérieure aux mouvements et des troubles dysautonomiques pour M. L_____ (rapport du 11 février 2024, pièce 64, int.) ;
- Syndrome chronique post-traumatique du rachis cervical et de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) accompagné d'un dysfonctionnement d'oculomotricité et de troubles dysautonomiques pour M. I_____ (cf. rapport du 13 février 2025, pièce 64, int.) ;
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et somatisation (F45.0) pour les experts, étant encore précisé qu'un trouble factice a également été évoqué par l'expert psychiatre, à titre de diagnostic différentiel (F68.1 ; expertise p. 39) ;
- Trouble neurologique fonctionnel pour le Dr H_____, trouble toutefois exclu par l'expert neurologue (pièce 38 int.) ;

À noter dans ce contexte que selon le Dr H_____, on ne pouvait « attribuer l'ensemble de ses symptômes à une pathologie du rachis cervical ou à un éventuel syndrome myofascial lié à une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire, les plaintes dépassant largement celles d'une telle entité. Au vu de ce qui précède, il n'avait pas d'arguments à ce stade pour une origine organique à tous ses symptômes et [un] « trouble neurologique fonctionnel était suspecté également en raison d'[un] trouble de la marche non organique lors de notre avant-dernière consultation » (rapport du 15 avril 2024 annexé à l'expertise, pièce 38, int.).

Vu les nombreux diagnostics évoqués, il appartenait aux experts d'expliquer de manière circonstanciée les motifs pour lesquels ils avaient écarté les diagnostics retenus par les médecins traitants et autres intervenants assurant le suivi de la recourante, pour retenir une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et une somatisation (F45.0). Or, tel n'a pas été le cas, les experts n'expliquant pas leur position de manière convaincante. S'ils évoquent effectivement une entorse cervicale en septembre 2019, ils ne reprennent pas ce diagnostic dans le paragraphe qui y est consacré, ne serait-ce que sous la

forme d'un *status post whiplash syndrome*. Bien plus, ils semblent considérer que la première atteinte dont a souffert la recourante est celle d'un trouble somatoforme de type somatisation, ce qui est en contradiction avec leur appréciation des différentes périodes d'incapacités de travail. Le trouble fonctionnel d'origine neurologique n'est pas retenu sans fournir la moindre explication (expertise p. 23) et l'expert psychiatre mentionne un examen clinique strictement normal tout en retenant des diagnostics relevant de la CIM-10 (majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques [F68.0] et somatisation [F45.0]) et tout en évoquant un diagnostic différentiel de trouble factice, ce qui sous-entend que l'examen clinique de la recourante n'était justement pas normal.

Enfin, l'appréciation de la capacité de travail n'est pas non plus convaincante, dans la mesure où elle est contradictoire et imprécise. Ainsi, par exemple, sur le plan rhumatologique, l'expert explique, d'une part, que « la capacité de travail dans toute activité est de 100% depuis toujours sans restriction et sans limitations fonctionnelles » (expertise p. 65) tout en retenant, d'autre part, que la capacité de travail « aurait pu évoluer de façon favorable depuis toujours », en dehors de la période *post whiplash*, pour une durée de trois à six semaines au maximum dans l'activité habituelle et pendant quatre semaines dans une activité adaptée (expertise p. 68). En employant le conditionnel (« aurait pu »), l'expert laisse entendre que la capacité de travail n'était pas entière, ce qui est pourtant en contradiction avec ses propres conclusions. De plus, il admet une incapacité de travail pendant trois à six semaines après l'accident de 2019, ce qui est à nouveau en contradiction avec une capacité de travail entière depuis toujours. Quant à l'expert psychiatre, il a retenu une capacité de travail entre 20 et 40% sur la base des conclusions émanant d'un neurologue et sans approcher le médecin psychiatre qui a suivi la recourante pendant six mois, ce qui semble, de prime abord, dépasser son domaine de spécialisation. Enfin, et dans tous les cas, les experts n'ont pas discuté de manière circonstanciée l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Dr C_____.

9.3 Pour tous ces motifs, l'expertise réalisée par les médecins du centre d'expertises Swiss Expertises n'emporte pas la conviction de la chambre de céans, les experts semblant s'être prononcés sur les atteintes de la recourante, sans en connaître tous les aspects, en l'appréhendant selon les méthodes d'examen traditionnelles, sans prendre en considération les particularités du cas et notamment le fait que dans le cas de *whiplash syndrome*, l'existence d'une instabilité n'est pas objectivable sur la base de l'examen clinique et l'imagerie traditionnels mais nécessite la réalisation d'une IRM dynamique.

- 10.** Partant, il apparaît nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire en orthopédie et neurologie, afin de déterminer la nature exacte des troubles de la recourante, leur éventuel caractère invalidant, cas échéant depuis quand et à quel degré.

La nomination de deux experts permettra de discuter consensuellement le cas et d'établir les influences réciproques éventuelles des troubles somatiques sur les troubles neurologiques et inversement.

L'expertise sera confiée au docteur O_____, spécialiste en rhumatologie et à la docteure P_____, spécialiste en neurologie.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise rhumatologique et neurologique de A_____. La confie aux docteurs P_____, spécialiste en neurologie et O_____ spécialiste en rhumatologie.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier auprès des docteurs C_____, spécialiste en neurologie, et H_____, généraliste.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Établir un rapport détaillé comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :
- 1. Anamnèse détaillée**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status et constatations objectives**
 - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse)

 - 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail
Dates d'apparition
 - 4.2. Sans répercussion sur la capacité de travail
Dates d'apparition
 - 4.3 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

- 4.4 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

Dates d'apparition

- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

- 6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

- 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

- 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

- 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- 6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

- 6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

- 6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2020 ?

- 6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

- 6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. Traitement

- 7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 8.1 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr C_____ des 18 juin 2021 (pièce 19, int.), 16 septembre 2022, 18 novembre 2022 (pièce 19, int.) 5 décembre 2023 (pièce 19, int.), 15 janvier 2025 (pièce 64, int.) et 9 février 2025 (pièce 60, int.) et 20 février 2026. En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?
- 8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr H_____ des 15 avril 2024 (annexe à l'expertise, pièce 28, int.) et 11 février 2025 (pièce 64, int.). En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?
- 8.3 Êtes-vous d'accord avec les conclusions des Drs L_____ et I_____ des 11 et 13 février 2025 (pièce 64, int.). En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?
- 8.4 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr F_____ du 6 septembre 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?
- 8.5 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr G_____ du 6 septembre 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

- 10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** :

Les limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques s'influencent-elles réciproquement et, si oui, de quelle façon ? Compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, la personne expertisée dispose-t-elle globalement d'une capacité de travail ? Si oui à quel taux et depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

F. Invite les experts à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Philippe KNUPFER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le