



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1210/2024

ATAS/517/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 30 juin 2025**

**Chambre 2**

En la cause

**A** \_\_\_\_\_  
représentée par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président.**

---

---

**EN FAIT**

**A. a.** Après le dépôt d'un formulaire de détection précoce le 12 février 2020, A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1967, divorcée (en 2017) et mère d'enfants nés en 2006 et 2008, titulaire d'un CFC d'employée de commerce et, selon ses indications, en dernier lieu « réceptionniste – employée de commerce – secrétaire », sur appel, au service d'une administration communale (ci-après : l'employeur) au taux de 50% ayant dû être diminué à 30% en raison de ses problèmes de santé, a, le 13 mars 2020, déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, mesures professionnelles et/ou rente.

Les explications figuraient dans une lettre manuscrite jointe : alors qu'elle avait voulu reprendre une activité professionnelle à 100%, elle avait dû adapter son taux d'activité à 50% suite aux séquelles d'une première méningite en 2002, à savoir une grande fatigue et des « maux de tête – céphalées » ; en 2019, elle avait souffert d'une deuxième méningite, qui l'avait encore plus affaiblie, avec des troubles cognitifs et du langage.

**b.** Parallèlement à la procédure d'instruction AI, l'intéressée a reçu de l'assurance perte de gain (ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA) des indemnités journalières.

**c.** Dans le cadre de l'instruction de la demande AI, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a reçu de l'employeur un questionnaire AI rempli le 6 avril 2020. Le contrat de travail de l'assurée, « secrétaire-réceptionniste remplaçante sur appel », à durée déterminée, avait duré du 23 avril 2019 au 31 mai 2020, à raison de 30,55 heures par semaines (par rapport à un horaire moyen de 40 heures hebdomadaires). L'intéressée était en incapacité totale de travail depuis le 10 janvier 2020.

Au plan médical, l'OAI a recueilli des questionnaires médicaux AI et des rapports médicaux, notamment des docteurs B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin généraliste traitant, C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie et médecine interne générale, et D\_\_\_\_\_, neurologue FMH, tous deux auprès de l'Hôpital de La Tour, E\_\_\_\_\_, également neurologue FMH, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, tous deux rhumatologues FMH mais dans des cabinets différents, ainsi que H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et ayant suivi l'intéressée pendant trois séances, et I\_\_\_\_\_, également spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant à partir du 29 avril 2021.

Ont par ailleurs été établis les 4 novembre 2019 et 28 septembre 2020 des rapports d'examen neuropsychologique par J\_\_\_\_\_ psychologue SP, neuropsychologue ASNP et logopédiste ARLD (assistée dans le premier rapport par la psychologue diplômée K\_\_\_\_\_). En référence au premier des deux rapports

précités, la docteure L\_\_\_\_\_, neurologue FMH, du même cabinet médical, a rédigé le 30 octobre 2020 un rapport et a rempli le 28 juin 2022 un questionnaire médical AI. En outre, M\_\_\_\_\_, psychologue FSP et neuropsychologue au centre de neurologie de l'Hôpital de La Tour, a réalisé les 7 janvier et 11 février 2021 un bilan neuropsychologique.

À réception du « questionnaire statut » complété le 2 juin 2021 par l'assurée, l'office a, dans une note du lendemain, retenu pour celle-ci un statut de personne active professionnellement à 100%.

**d.** À la demande du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) formulée le 27 octobre 2022, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par les docteurs N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et expert médical certifié SIM, O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, P\_\_\_\_\_, médecin expertisant en psychiatrie et certifié en appréciation de la capacité de travail SIM, et Q\_\_\_\_\_, médecin expertisant en rhumatologie et expert médical certifié SIM, de même que, pour le bilan neuropsychologique, R\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie FSP, du S\_\_\_\_\_ (ci-après : S\_\_\_\_\_) à Fribourg, qui ont rendu le 28 juin 2023 leurs rapports d'expertise respectifs et leur « évaluation consensuelle ».

Dans leur « évaluation consensuelle », les experts ont posé les diagnostics de « status post-méningite herpétique de type 2, B00.3, et migraines sans aura, G43.0, sans limitations fonctionnelles toutes les deux », agoraphobie sans trouble panique (CI-10, F40.00), « production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacité, soit physique soit psychologique, trouble factice, F68.1 », « polyarthrite inclassée, en rémission, traitée par anti-TNF alpha, M13.0 », « obésité exogène, E66 », « status après thyroïdectomie pour carcinome folliculaire de thyroïde en 2009 », « hypothyroïdie substituée, E03 », « hypertension artérielle traitée, I10 ». Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au plan psychiatrique, neuropsychologique et de la médecine interne générale ; les limitations rhumatologiques étaient : « pas d'effort de soulèvement, ni de port de charge, pas de marche prolongée, pas de mouvement forcé de préhension et de pronosupination des deux mains » ; les limitations neurologiques : « déconditionnement neuromusculaire ». Il y avait une « capacité de travail à 100% pour la médecine interne générale et la psychiatrie, non évaluable en raison d'un manque de validité des performances pour la neuropsychologie ». Des points de vue rhumatologique et neurologique, il y avait, dans une activité adaptée, y compris celle habituelle, une capacité de travail de 0% dès mai 2019, de 50% du 4 novembre 2019 à fin novembre 2020, de 0% de décembre 2020 à mi-février 2023, puis de 50% de mi-février 2023 à fin mars 2023, enfin de 100% depuis lors. N'étaient pas proposées par les experts des mesures médicales ou thérapies pouvant avoir une incidence sur la capacité de travail.

**e.** Dans un rapport du 17 août 2023, le SMR a suivi les conclusions des experts.

**f.** Par un projet de décision du 30 août 2023 – faisant suite à un document « détermination du degré d’invalidité » du 23 août 2023 –, l’OAI a envisagé de reconnaître à l’assurée le droit à une demi-rente du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 28 février 2021, sur la base d’un degré d’invalidité de 54%, et, à la suite d’une péjoration de l’état de santé depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2020 prenant effet trois mois plus tard, à une rente entière du 1<sup>er</sup> mars 2021 au 30 juin 2023, sur la base d’un degré d’invalidité de 100%, le droit à la rente étant supprimé au 30 juin 2023, soit trois mois après l’appréciation constatée. Des mesures professionnelles n’avaient pas lieu d’être vu la situation de l’intéressée.

**g.** Le 27 octobre 2023, l’assurée, désormais représentée par un avocat, a formé opposition contre ce projet de décision, niant notamment toute valeur probante à l’expertise de S\_\_\_\_\_.

**h.** Par décision du 27 février 2024 – faisant suite à un avis du SMR du 10 novembre 2023 –, l’OAI a, comme motivation, repris les termes de son projet de décision du 30 août 2023, mais – compte tenu manifestement des indemnités journalières versées par l’assurance perte de gain jusqu’au 28 février 2021 – n’a alloué à l’intéressée une rente d’invalidité entière que du 1<sup>er</sup> mars 2021 au 30 juin 2023, avec des rentes complémentaires pour ses enfants.

- B.** **a.** Par acte du 12 avril 2024 signé par son conseil, l’assurée a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision, concluant, à titre préalable, à l’audition de témoins et à la mise en œuvre « au besoin » d’une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, au fond, à l’annulation de ladite décision en tant qu’elle supprimait son droit à la rente après le 30 juin 2023 et, cela, fait, à la continuation de l’octroi d’une rente entière d’invalidité au-delà de cette date.

Était produit un rapport de bilan neuropsychologique établi par T\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP/ASNP, à la suite de séance les 12, 19 et 26 février 2024 ainsi que 6, 13 et 18 mars 2024, plus entretien avec la mère de l’intéressée, pour « objectivation du fonctionnement cognitif et d’éventuelles discordances dans le tableau neuropsychologique consécutif à deux méningites-encéphalites herpétiques en 2002 et 2019 » (« motif de la demande »).

**b.** Par réponse du 7 mai 2024, l’intimé a conclu au rejet du recours, sur la base notamment d’un avis du SMR du même jour.

**c.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2024, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours, produisant un rapport complémentaire rédigé le même jour par la neuropsychologue T\_\_\_\_\_.

**d.** Le 23 juillet 2024, l’intimé a maintenu sa position, sur la base notamment d’un nouvel avis du SMR du même jour.

**e.** Le 20 août 2024, l’assurée a à nouveau persisté dans ses conclusions.

**f.** Le 11 septembre 2024, la chambre des assurances sociales a, à sa demande, reçu de l'office l'enregistrement des entretiens ayant eu lieu lors de l'expertise du S\_\_\_\_\_, étant donné que la recourante avait, dans son recours et en se référant à cet enregistrement, demandé la récusation de l'expert O\_\_\_\_\_ pour comportement irrespectueux à son égard.

**g.** Le 12 novembre 2024 s'est tenue, devant la chambre de céans, une audience de comparution personnelle des parties et d'audition, en qualité de témoins, des Drs B\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ainsi que de la neuropsychologue T\_\_\_\_\_, laquelle a produit un article de l'« Association for psychological science » (APS) de 2019 intitulé « *When Patients Overreport Symptoms : More Than Just Malingering* ».

**h.** À la demande de la chambre des assurances sociales, l'intimé a, le 10 décembre 2024, présenté un avis du SMR émis le même jour.

**i.** Le 6 janvier 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

**j.** Le 28 janvier 2025, l'intimé en a fait de même.

**k.** Par lettres du 15 mai 2025, la chambre des assurances sociales a fait part aux parties de ce qu'elle envisageait de confier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, au plan neurologique, au docteur U\_\_\_\_\_, neurologue, et, au plan neuropsychologique à V\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, tous deux dans le cadre du W\_\_\_\_\_ (W\_\_\_\_\_), ainsi que, au plan psychiatrique, au docteur X\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et a octroyé un délai au 4 juin 2025 pour d'éventuelles observations sur une éventuelle récusation et sur les questions libellées dans le projet de mission d'expertise (qui était annexé auxdites lettres).

**l.** Le 28 mai 2025, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation contre les experts envisagés, ni de remarque concernant le projet de questionnaire.

**m.** Le 3 juin 2025, l'intimé a également écrit ne pas avoir de motif de récusation contre les experts envisagés et a transmis un avis du même jour du SMR souhaitant soumettre à l'experte neuropsychologue les question et observation suivante :

- À la suite de cinq bilans neuropsychologiques (novembre 2019, septembre 2020, janvier 2021, juin 2023, février-mars 2024) un effet à type « *test-retest* » ne peut pas être exclu. À cet égard, quelle fiabilité serait à reconnaître au bilan neuropsychologique dans le cadre de la présente expertise (pour mémoire il s'agit bien du sixième bilan neuropsychologique dans l'histoire clinique et assicurologique de l'assurée) ?
- Dans le cadre de l'expertise neuropsychologique, merci à l'experte neuropsychologue de bien vouloir faire la part des choses entre les éléments du bilan neuropsychologique qui renvoient à la non-validité vs à la non crédibilité du tableau clinique (Stephan Kennepohl, *Validité et crédibilité*

*dans le contexte de l'expertise en neuropsychologie clinique, Revue québécoise de psychologie, 39[3], p.51-74).*

- n. Le 16 juin 2025, la recourante s'est opposée à ces question et observation.
- o. Par plis du 17 juin 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'une ordonnance d'expertise serait rendue prochainement.

## **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 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'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

- ### **2.**
- Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, 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) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, un éventuel droit à une rente d'invalidité serait né au plus tôt en mars 2021, compte tenu des délais des art. 28 al. 1 let. b et art. 29 al. 1 LAI ainsi que du versement des indemnités journalières versées par l'assurance perte de gain jusqu'à fin février 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. L'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une continuation du droit à sa rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2023, conformément à ses conclusions de recours.

Il est à cet égard rappelé que, 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). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

4.

**4.1** En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la version antérieure indiquant « dans son domaine d'activité » plutôt que « qui entre en considération »). 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, en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**4.2** 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.3** En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

**4.4** 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

**4.4.1** 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, telle la classification internationale des maladies (CIM) ou le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*) (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).

Dans l'ATF 141 V 281, 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 aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

**4.4.2** Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). 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).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

**4.5** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

**4.5.1** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), 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).

**4.5.2** 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.

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**4.6** 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**4.7** 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).

## 5.

**5.1** En l'espèce, en procédure de recours, en niant toute valeur probante à l'expertise du S\_\_\_\_\_, la recourante conteste concrètement essentiellement les appréciations des experts neuropsychologue et psychiatre et demande la récusation de l'expert neurologue.

**5.2** Cela étant, il convient de relever ce qui suit.

**5.2.1** Si ladite expertise du S\_\_\_\_\_ semble répondre *prima facie*, sur le plan formel, au moins à une partie des exigences posées par la jurisprudence relativement à la valeur probante d'une expertise, certains points conduisent à s'interroger au sujet de la cohérence des experts.

En effet, d'après l'expert neurologue, « il ne semble pas y avoir une limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie » (point 6.2 de son rapport d'expertise), alors que, selon les experts en médecine interne générale et rhumatologie, il n'y a pas d'incohérences au niveau de leurs disciplines respectives et ce dans tous les gestes de la vie quotidienne (*cf.* point 6.2 de leurs rapports d'expertise).

De plus, l'experte neuropsychologue fait état d'un « *malingering* » (*cf.* point 6.2 de son rapport d'expertise), terme anglais qui signifie une simulation de maladie, c'est-à-dire un comportement conscient et volontaire consistant à provoquer ou reproduire une maladie physique ou mentale, ou encore [à] exagérer ou entretenir des troubles préexistants (*cf.* « Simulation de maladie » dans Wikipedia). Néanmoins, concernant la capacité de travail, elle indique ne pas « remettre en question de possibles troubles authentiques actuellement non évaluables » ; selon elle, il n'est pas possible de se prononcer sur une éventuelle réduction de la capacité de travail (*cf.* point 8 de son rapport d'expertise).

De surcroît, le trouble factice (F68.1) est un diagnostic médical, de sorte que qu'on peut s'interroger si ce diagnostic serait suffisant pour exclure une maladie incapacitante.

**5.2.2** Par ailleurs, selon le Dr B\_\_\_\_\_, entendu en audience, « concernant l'évolution, sur les années qui passent la fatigue et fatigabilité vont un peu mieux mais il y a une persistance des problèmes neuropsychologiques qui sont stables ». Ce médecin généraliste traitant fonde sa conclusion de capacité de travail nulle essentiellement sur un plan neuropsychologique.

**5.2.3** D'après le Dr I\_\_\_\_\_, entendu en audience, la patiente « n'a aucune capacité de travail, de manière prépondérante en raison des problèmes neuropsychologique et dans une moindre mesure des symptômes de type psychiatriques ». D'après ce psychiatre traitant, notamment, il y a « une modification organique de la personnalité » ; plus loin dans ses déclarations, « concernant cet aspect de simulation, je comprends que des médecins ou experts qui la voient pour la première fois puissent avoir cette impression en raison d'une surexpressivité. C'est le sentiment que j'ai eu lors de ma première consultation ; je me réfère à mon premier rapport médical qui note un agacement à ce moment-là. Cette surexpressivité aurait pu être un trouble de la personnalité histrionique s'il n'y avait pas eu le trouble organique. Je n'ai pas eu cet agacement par la suite comme ça aurait pu être le cas avec des personnes qui exagèrent de manière constante. Je suis [l'assurée] toutes les deux semaines depuis trois ans et demi et avec cette expérience je pense qu'elle est authentique dans ce qu'elle me dit, notamment quant à sa souffrance et ses difficultés ».

Il est précisé qu'en audience, la recourante a insisté en particulier sur des troubles d'anxiété, avec des montées d'angoisse.

**5.2.4** La neuropsychologue T\_\_\_\_\_, dans ses rapports et en audience, remet quant à elle en question de manière circonstanciée l'appréciation et les conclusions de l'experte neuropsychologue.

**5.3** Les considérations qui précèdent conduisent à douter de certaines constatations, appréciations et conclusions des experts, et donc d'une pleine valeur probante de l'expertise du S\_\_\_\_\_.

**5.4** Les doutes, découlant des explications des témoins et de la recourante elle-même, se concentrent principalement sur les aspects neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, de sorte qu'il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

Une expertise judiciaire, dans ces trois disciplines médicales uniquement, doit dès lors être ordonnée, avec les questions qui suivent, et sera confiée aux experts U\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_, qui établiront des rapports d'expertises séparés suivis d'une évaluation consensuelle.

Ces trois experts, et pas seulement l'experte neuropsychologue, se détermineront, à tout le moins dans leur appréciation consensuelle, quant aux question et observation émises par le SMR dans son avis du 3 juin 2025, quand bien même la recourante reproche à celles-ci d'être d'emblée orientées.

6. La suite de la procédure, en particulier au fond, est réservée.

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

**Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise judiciaire pluridisciplinaire, aux plans neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, de A\_\_\_\_\_ :

Désigne à cette fin en qualité d'experts les docteurs U\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_ ainsi que la/le neuropsychologue V\_\_\_\_\_ (les experts) ayant pour mission :

- d'examiner et d'entendre A\_\_\_\_\_, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure de recours, en prenant tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, et en s'entourant au besoin d'avis de tiers, le cas échéant sous forme d'examens par d'autres spécialistes ;
- cela fait, de rédiger leurs rapports d'expertise répondant aux questions énoncées ci-après, et d'effectuer ensemble une appréciation consensuelle du cas, s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris une détermination au sujet des question et observation émises par le service médical régional de l'AI (SMR) dans son avis du 3 juin 2025 (cf. lettre m. de la partie en fait, p. 5-6, et l'avant-dernier paragraphe de la partie en droit, p. 13), ainsi que l'appréciation en matière de limitations fonctionnelles et – à tout le moins entre les experts médecins – de capacité de travail.

A. Charge la neuropsychologue V\_\_\_\_\_ de mettre en œuvre les examens, bilans et tests nécessaires, demandés par les experts neurologue et psychiatre, concernant notamment les problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante, puis de rendre un rapport.

B. Charge le Dr U\_\_\_\_\_, neurologue, d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
- 2. Plaintes de la personne expertisée**
- 3. Status et constatations objectives**
- 4. Diagnostics (si possible 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
  - 4.1.1 Dates d'apparition
- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
  - 4.2.1 Dates d'apparition
- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
- 4.5 Qu'en est-il notamment des problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante, et sont-ils objectivés ou au moins réels, et découlent-ils le cas échéant de diagnostics médicaux ?
- 4.6 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins 2019 (début de l'incapacité de travail), l'expert devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 27 février 2024 (date du prononcé de la décision de l'intimé querellée), ainsi que sur l'évolution avant et après cette date (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?
- 4.7 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
- 4.8 Y a-t-il une exagération des symptômes ou une constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.9 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.10 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.11 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 et leur apparition / évolution dans le temps, en relation avec chaque diagnostic

## **6. Capacité de travail**

- 6.1 Dater la survenance de l'éventuelle 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.

- 6.1.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle (« réceptionniste – employée de commerce – secrétaire ») ?

- 6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?

- 6.1.3 Si seulement partiellement, à quel taux ?

- 6.1.4 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ou nulle dans son activité lucrative habituelle, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?

- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à des limitations fonctionnelles ? Préciser les dates et indiquer le taux de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité adaptée pour chaque diagnostic, et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

- 6.2.1 Si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée, ou seulement partielle, pourquoi ?

- 6.2.2 S'il existe une capacité de travail – même très partielle – dans une activité adaptée, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

- 6.2.3 Quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ?

- 6.2.4 À quel taux ?

- 6.2.5 Depuis quelle date la capacité de travail de la recourante est-elle réduite ou nulle dans une activité lucrative adaptée, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?

- 6.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité).

- 6.4 En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2019 ?

- 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. Prendre en considération les examens et rapport au plan neuropsychologique**

**9. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

9.1 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins ayant traité la recourante et avec les neuropsychologues, parmi lesquelles T\_\_\_\_\_ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

10. Quel est le pronostic ?

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

12. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

C. Charge le Dr X\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

**1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**

**2. Plaintes de la personne expertisée**

**3. Status et constatations objectives**

**4. Diagnostics (si possible 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

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 Qu'en est-il notamment des problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante, et sont-ils objectivés ou au moins réels, et découlent-ils le cas échéant de diagnostics médicaux ?
- 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins 2019 (début de l'incapacité de travail), l'expert devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 27 février 2024 (date du prononcé de la décision de l'intimé querellée), ainsi que sur l'évolution avant et après cette date (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?
- 4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
- 4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

## **5. Limitations fonctionnelles**

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles et leur apparition / évolution dans le temps, en relation avec chaque diagnostic

## **6. Cohérence**

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau

d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

## **7. Personnalité**

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

## **8. Ressources**

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

## **9. Capacité de travail**

9.1 Dater la survenance de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux et détailler l'évolution de ce taux en tenant compte de chaque diagnostic.

9.1.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle (nettoyeuse) ?

9.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?

9.1.3 Si seulement partiellement, à quel taux ?

- 9.1.4 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ou nulle dans son activité lucrative habituelle, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à des limitations fonctionnelles ? Préciser les dates et indiquer le taux de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité adaptée pour chaque diagnostic, et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2.1 Si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée, ou seulement partielle, pourquoi ?
- 9.2.2 S'il existe une capacité de travail – même très partielle – dans une activité adaptée, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.3 Quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ?
- 9.2.4 À quel taux ?
- 9.2.5 Depuis quelle date la capacité de travail de la recourante est-elle réduite ou nulle dans une activité lucrative adaptée, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?
- 9.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité).
- 9.4 En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2019 ?
- 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

## **10. Traitement**

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 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 ?
- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

**11. Prendre en considération les examens et rapport au plan neuropsychologique**

**12. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

12.1 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins ayant traité la recourante et avec les neuropsychologues, parmi lesquelles T\_\_\_\_\_ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

**13.** Quel est le pronostic ?

**14.** Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

**15.** Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

D. Charge les experts d'effectuer une appréciation consensuelle du cas, dont les conclusions sont à retranscrire par écrit, s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris une détermination au sujet des question et observation émises par le service médical régional de l'AI (SMR) dans son avis du 3 juin 2025 (*cf.* lettre m. de la partie en fait, p. 5-6, et l'avant-dernier paragraphe de la partie en droit, p. 13), ainsi que l'appréciation en matière de limitations fonctionnelles et – à tout le moins entre les experts médecins – de capacité de travail.

II. Invite les experts à déposer, **dans les meilleurs délais**, leurs rapports respectifs et leur appréciation consensuelle en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve la suite de la procédure, en particulier au fond.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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