

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1562/2024

ATAS/983/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 décembre 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Butrint AJREDINI, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1980, originaire du Kosovo et entrée en Suisse le 21 août 2001.
- b.** Elle est mariée et mère de trois enfants, nés en 2003, 2005 et 2011.
- B.** **a.** Elle a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 18 décembre 2015, en raison d'une incapacité de travail de 100% dès le 16 avril 2015. Elle travaillait alors comme préparatrice automobile à 100% et souffrait de douleurs persistantes à la tête, au cou et à l'épaule gauche.
- b.** Dans un avis du 20 mars 2017, le service médical régional AI (ci-après : SMR) a indiqué qu'il s'agissait d'une assurée de 36 ans, travaillant comme nettoyeuse, qui se trouvait en incapacité de travail depuis avril 2015 suite à un accident ayant impacté son rachis cervical sous forme de cervico-brachialgies et de céphalées occipitales à gauche. L'assurée avait été examinée lors d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) au mois de novembre 2015 et sa capacité de travail avait été évaluée à 100% dans l'activité habituelle pour une reprise progressive durant le 1^{er} trimestre 2016. Toutefois, l'assurée était toujours en arrêt de travail. La Caisse nationale d'assurances suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) avait retenu que sa capacité était pleine dans son activité habituelle à partir du 15 novembre 2016. Le SMR rejoignait les conclusions de la SUVA.
- c.** Selon une note de travail d'intervention précoce du 22 juin 2016, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) avait eu une discussion avec le mari de l'assurée pour évaluer les cours de français qui avaient été proposés à cette dernière. Sa situation ne semblait pas s'améliorer. Compte tenu des dires de son mari en rapport avec des malaises qu'elle pourrait avoir, il était décidé de ne pas organiser de formations afin de préserver son état de santé, qui ne semblait pas encore stabilisé.
- d.** Par décision du 9 avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
- e.** Selon un rapport établi le 10 août 2020 par les docteurs B_____ et C_____, l'assurée avait été hospitalisée à la clinique D_____ du 24 juin au 3 juillet 2020 pour un soutien psychologique et un éloignement de facteurs de stress. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. L'assurée présentait une péjoration de la symptomatologie anxio-dépressive en lien avec des problèmes personnels et des symptômes douloureux. Elle avait éprouvé des difficultés à reconnecter ses ressources. Il n'avait pas été noté d'amélioration notable sur le plan psychique.

-
- C.**
- a.** Le 6 novembre 2020, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une incapacité de travail de 100% dès le 16 mars 2017 en raison d'une maladie.
- b.** Le 10 juin 2021, le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a constaté une amélioration partielle de l'état de l'assurée depuis juin 2021, dans le sens d'un trouble dépressif moyen suite à un changement d'antidépresseur. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail avait été de 0% du 14 juin 2019 au 31 mai 2021 et elle était de 50% depuis juin 2021.
- c.** Le 7 avril 2022, le Dr E_____ a constaté une évolution stationnaire depuis juin 2021, malgré plusieurs changements d'antidépresseurs (actuellement Venlafaxine 225 mg par jour et avant Fluoxétine 60 mg par jour et Duloxétine 120 mg par jour). L'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé et il fallait le réévaluer dans six mois, après un bilan de compétence.
- d.** Le 5 mai 2022, la docteure F_____, médecin-généraliste, a estimé la capacité de travail de l'assurée à 0% dès le 16 mars 2017, relevant que celle-ci rapportait depuis quelques mois une péjoration de la symptomatologie avec des douleurs et des œdèmes aux membres inférieurs.
- e.** Le 10 décembre 2022, le Dr E_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère, sans symptôme psychotique, depuis le 14 juin 2019 et de traits de personnalité anxieuse et dépendante. Il avait constaté chez l'assurée un ralentissement psychomoteur, une aboulie, une anhédonie, des troubles de la concentration, une faible estime de soi et un isolement social. Elle procrastinait sur son canapé et regardait parfois la télévision. Elle ne faisait plus le ménage ni les courses et n'avait pas de loisirs. Elle avait de faibles ressources et une aptitude faible à la communication. L'évolution était défavorable malgré un suivi hebdomadaire psychologique et cinq antidépresseurs essayés. Le Dr E_____ proposait de réévaluer sa situation dans six mois, car l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé.
- f.** Une expertise de l'assurée a été confiée par l'OAI au centre d'expertise médicale (ci-après : CEMEDEX), soit aux docteurs G_____ spécialiste en psychiatrie, H_____, médecine interne générale, et I_____, spécialiste en rhumatologie.

Selon l'évaluation consensuelle des experts du 9 janvier 2023, les diagnostics pertinents étaient :

- des douleurs de l'épaule gauche secondaires à une bursite sous-acromiale, sans atteinte de la coiffe de rotateurs (M75.5) ;
- un syndrome du canal carpien gauche, sur légère atteinte sensitive (G56.0) ;
- une douleur cervicale, sans support anatomique ;
- des lombosciatalgies gauches, sans support anatomique ;

- un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01) ;
- un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ;
- une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), notamment histrioniques ;
- une obésité de classe I selon l’OMS (E66.9).

La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% sur le plan rhumatologique depuis mars 2016. Sur le plan psychiatrique, elle avait été de 0% du 14 juin 2019 au 31 mai 2021, puis elle était de 100%. La capacité de travail consensuelle était ainsi de 0% du 14 juin 2019 au 31 mai 2021 et de 100% dès le 1^{er} juin 2021.

g. Le 27 mars 2023, le SMR a considéré que l’expertise était convaincante.

h. Par projet de décision du 18 avril 2023, l’OAI a octroyé à l’assurée une rente entière d’invalidité du 1^{er} mai au 31 août 2021.

i. Le 11 mai 2023, le docteur J_____, spécialiste en psychiatrie, a indiqué que l’assurée avait séjourné à la clinique K_____ du 25 avril au 5 mai 2023, en admission volontaire, en raison d’une décompensation anxieuse et dépressive sur fond d’épuisement psychique prolongé. Elle présentait, à l’entrée, de la tristesse, de l’anxiété, de l’irritabilité, un sentiment de désespoir, une baisse de l’estime de soi, des troubles du sommeil et de l’appétit, une perception négative de l’avenir et des ruminations suicidaires sans projet. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques.

j. Le 17 mai 2023, l’assurée a formé opposition au projet de décision.

k. Le 4 septembre 2023, le SMR a estimé que des mesures d’instruction complémentaires étaient nécessaires sous la forme d’un complément d’expertise psychiatrique.

l. L’expert psychiatre a rendu son complément d’expertise le 15 février 2024 et a confirmé ses premières conclusions.

m. Par décision du 5 avril 2024, l’OAI a octroyé à l’assurée une rente entière d’invalidité du 1^{er} mai au 31 août 2021. Son statut était celui d’une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l’instruction médicale que son incapacité de travail était de 100% dans toute activité dès le 14 juin 2019, début du délai d’attente d’un an, jusqu’au 30 mai 2021.

Dans son cas, l’incapacité de travail se confondait avec l’incapacité de gain et une comparaison des revenus n’était pas nécessaire pour l’évaluation de son taux d’invalidité, qui s’élevait par conséquent à 100% dès le 14 juin 2020, à l’échéance du délai d’un an. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 6 novembre 2020, la rente ne pouvait lui être versée qu’à compter du 1^{er} mai 2021

(demande tardive). Enfin, sa capacité de travail était entière dans toute activité dès le 1^{er} juin 2021. Par conséquent, la rente entière était supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit dès le 1^{er} septembre 2021. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

- D. a.** Le 6 mai 2024, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2021, avec suite de frais et dépens.

Elle contestait en substance les conclusions de l'expertise du 9 janvier 2023 et en particulier la conclusion des experts selon laquelle sa capacité de travail était totale depuis le 1^{er} juin 2021, dans la mesure où le trouble dépressif dont elle souffrait serait léger avec un syndrome somatique.

b. Par réponse du 5 juin 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du CEMEDEX remplissait tous les requisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Les éléments apportés par la recourante ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

c. Le 13 juin 2024, la recourante a encore contesté la valeur probante de l'expertise et sollicité l'enregistrement de l'entretien d'expertise.

d. Le 14 août 2024, la recourante, a, après avoir pris connaissance de l'enregistrement de l'entretien d'expertise, relevé d'importantes incohérences entre ce qui avait été mentionné dans le rapport d'expertise et ce qui ressortait de l'enregistrement sonore.

e. Le 4 septembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

f. Le 5 février 2025, la chambre de céans a entendu les parties.

g. Par ordonnance d'expertise du 1^{er} avril 2025 (ATAS/223/2025), la chambre de céans a ordonné une nouvelle expertise, qu'elle a confiée au docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, considérant que l'expertise psychiatrique ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante suffisante.

h. Dans son rapport d'expertise du 4 août 2025, l'expert judiciaire a retenu les diagnostics actuels de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et de dysthymie (F34.1). La situation actuelle était présente depuis juin 2021, lorsque le trouble dépressif récurrent était entré en rémission et avait cédé la place à une dysthymie, forme de dépression chronique objectivement légère, non durablement incapacitante. Pour les périodes précédentes, l'expert s'est rallié à l'appréciation du Dr E_____, avec une incapacité de travail totale de novembre 2017 à mai 2018 et du 2 juin 2019 à mai 2021, en raison des limitations dues à un épisode dépressif sévère. Depuis juin 2021, la capacité de travail était totale dans toute activité adaptée aux compétences de l'expertisée.

i. Le 3 septembre 2025, l'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 19 août 2025, a estimé que l'expertise judiciaire devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il maintenait en conséquence ses conclusions précédentes.

j. Le 5 novembre 2025, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise judiciaire.

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

2. L'objet du litige est le droit de la recourante à une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2021.

3.

3.1 Le 1^{er} 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^{er} 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 été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022, mais le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité, dont il n'est pas contesté que le droit est né antérieurement à cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3.2 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale 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.

En vertu de 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.

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

3.3 L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la

personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique les indicateurs suivants, qui s'appliquent également pour déterminer la capacité de travail exigible des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités

médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

3.4 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

4.

4.1 En l'espèce, le rapport d'expertise judiciaire répond aux conditions formelles permettant de lui reconnaître, en principe, une pleine valeur probante.

4.2 La recourante conteste la valeur probante de l'expertise.

4.2.1 Elle a indiqué qu'il était surprenant que les entretiens n'aient pas fait l'objet d'enregistrement sonore.

Ce premier grief doit être écarté, car il s'agit d'une exigence valable pour les expertises ordonnées par l'administration selon l'art. 44 al. 6 LPGA, qui ne lie pas le juge.

4.2.2 La recourante a fait encore valoir que l'expert lui avait posé sans cesse les mêmes questions concernant son père, qui était décédé lorsqu'elle avait six ans et que cela avait eu pour effet de la perturber émotionnellement, de sorte qu'elle n'avait plus été capable de répondre aux questions de manière convenable.

La chambre de céans constate que dans l'anamnèse, l'expert a mentionné que la recourante était originaire du Kosovo, quatrième enfant sur six, d'une famille dont le père était enseignant et la mère femme au foyer. Elle avait peu de souvenirs de son père, qui était décédé quand elle avait environ six ans, mais avait tout de même le souvenir de parents qui s'entendaient bien. À l'âge de 39 ans, son père avait été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique. La recourante ignorait la cause de sa mort. Jusqu'à récemment, elle pensait qu'il était mort d'un infarctus, mais elle n'en était plus sûre. Elle croyait se souvenir que son père souffrait de problèmes psychologiques, car il était vite énervé. L'expert a repris ces éléments sous les antécédents psychiatriques familiaux. Il s'agit donc là d'informations utiles à l'examen du cas de la recourante et il apparaît légitime que l'expert lui ait posé des questions au sujet de son père. Par ailleurs, vu la suite de l'anamnèse, qui

a encore porté sur plusieurs sujets sur lesquels la recourante a donné des informations parfois détaillées, il n'apparaît pas qu'elle ait été trop perturbée pour répondre aux questions de l'expert après avoir parlé de son père.

4.2.3 La recourante a fait valoir que lors de sa deuxième séance avec l'expert, elle avait fait l'objet d'un malaise et qu'il ne s'était pas seulement agi de tremblements rapides des deux mains, sans cris ni apparence d'anxiété, comme l'avait décrit l'expert, mais de tremblements d'une telle ampleur qu'une partie du verre d'eau posé sur la table s'était renversée et elle avait pleuré et crié de douleur et de tristesse.

En page 17 de son rapport, l'expert a indiqué que la recourante se plaignait de malaises répétés impliquant des symptômes qui variaient selon les épisodes. Il s'agissait notamment de chutes, avec ou sans perte de connaissance, de cris et de tremblements des membres avec des spasmes musculaires. Durant l'épisode qui s'était produit lors de son examen, la recourante était restée silencieuse (interruption de la conversation en cours) et elle avait eu des tremblements rapides des deux mains. L'épisode s'était résolu spontanément après environ cinq minutes. Il n'y avait eu ni chute ni perte de connaissance, ni cris ni apparence d'anxiété.

La chambre de céans constate qu'il ressort de son rapport que l'expert a examiné la question des malaises de la recourant en détail. Il a relevé notamment que les symptômes présentés dans les divers épisodes répertoriés, n'étaient pas toujours les mêmes (ceux de 2015 : admission aux urgences des HUG, de 2020 : admission à la clinique D_____ et de 2025 : lors de son propre examen). Ces épisodes avaient été bien investigués (service d'urgence des HUG, cardiologue et neurologue) mais aucune cause somatique n'avait pu être établie. Le diagnostic de lipothymie (malaise vagal) avait été évoqué sans pouvoir être objectivé (pas de tendance à la chute de tension selon le cardiologue, pas de pâleur lors du malaise survenu devant l'expert). La piste psychiatrique avait également été envisagée (« conversion hystérique » diagnostiquée à D_____ en 2020). Pour mémoire, le trouble de conversion (ou trouble dissociatif), selon l'appellation de la CIM-10, consistait en la survenue de symptômes d'allure neurologique en l'absence de toute atteinte organique justifiant des manifestations neurologiques. La cause était inconnue. Selon la CIM-10, le trouble était qualifié de « psychogène », parce qu'il survenait en relation temporelle étroite avec des facteurs de stress tels que des événements traumatiques, des problèmes insolubles insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles. Dans le cas de la recourante, rien dans l'anamnèse n'orientait vers une relation étroite entre les malaises et l'un ou l'autre des facteurs de stress mentionnés par la CIM-10. Cette dernière indiquait qu'il était très difficile de déterminer dans quelle mesure le comportement dissociatif était sous le contrôle de la volonté. Chez la recourante, la variation des symptômes présentés pourrait s'expliquer par la présence d'une part de contrôle volontaire. La survenue de ces épisodes pourrait correspondre à un besoin

histrionique d'attirer l'attention bienveillante des proches ou des soignants. Si ces épisodes avaient une allure dissociative, le caractère variable des symptômes et l'absence de facteurs de stress déclencheur ne permettaient pas de retenir, en l'état, le diagnostic de trouble dissociatif. En conclusion, la recourante présentait des symptômes somatoformes, c'est-à-dire d'allure somatique, mais sans atteinte somatique pouvant les expliquer. Il s'agissait des douleurs diverses et persistantes et des malaises. Les critères pour des diagnostics plus spécifiques (syndrome douloureux somatoforme persistant et trouble dissociatif) n'étant pas réunis, l'expert retenait le diagnostic moins spécifique de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) pour rendre compte de l'ensemble des symptômes somatoformes de la recourante.

Il ressort de la motivation détaillée de l'expert sur les malaises de la recourante, qu'il a sérieusement examiné cette question. Il paraît dans ces conditions peu probable qu'il n'ait pas relaté le malaise tel qu'il l'avait observé, de sorte que les allégations de la recourante à ce sujet n'emportent pas conviction. Il ressort en outre des conclusions de l'expert que sa crédibilité était diminuée.

L'expert a, comme l'a relevé la recourante, émis des hypothèses, en relevant que la variation des symptômes présentés par la recourante « pourrait » s'expliquer par la présence d'une part de contrôle volontaire. Il a expliqué pourquoi il en est arrivé à cette hypothèse, mais il s'est abstenu d'affirmer ce fait comme établi, précisant que selon la CIM-10, il était très difficile de déterminer dans quelle mesure le comportement dissociatif était sous le contrôle de la volonté. Son analyse apparaît ainsi convaincante et prudente.

4.2.4 Selon l'expert, l'accident de la recourante survenu en 2015 avait été plutôt banal et n'avait pas eu le caractère d'un traumatisme sévère ni celui d'un traumatisme crâno-cérébral, les deux seules atteintes d'origine extérieure susceptibles de provoquer un syndrome psychiatrique sévère et de longue durée. La recourante a allégué qu'il ne pouvait pas émettre un tel constat sur des lésions d'origine purement subjective dépendant de chaque individu.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'expert judiciaire était fondé à émettre un avis sur le lien entre les circonstances de l'accident et les conséquences de celui-ci alléguées par la recourante, dont l'appréciation subjective doit être prise en compte, mais n'est pas déterminante. Le rôle de l'expert psychiatre était en particulier d'examiner les indicateurs de gravité et de cohérence développés par le Tribunal fédéral pour les atteintes non objectivables, tels que les malaises invoqués par la recourante. Dans ce contexte, ses considérations sur le déroulement de l'accident et les conséquences alléguées sont justifiées.

4.2.5 La recourante a relevé que l'expert avait fait mention d'incohérences dans ses déclarations, notamment car elle avait indiqué à l'audience du 5 février 2025,

qu'elle était tombée d'un escalier alors que selon d'autres sources d'information faisaient état d'une glissade sur un sol mouillé, sans préciser ces sources.

La chambre de céans relève que le résumé des pièces de l'expert mentionne que selon la déclaration de sinistre du 18 avril 2015, l'assurée avait fait une chute consécutive à une glissade, de même que le rapport de la CRR du 9 novembre 2015. Il ressort en outre du rapport d'expertise, que la recourante avait indiqué à l'expert lui-même qu'elle avait fait une chute et était tombée au sol le 16 avril 2015, alors qu'elle travaillait dans un garage. Si l'expert aurait pu être plus précis, cela ne suffit pas de remettre en cause la valeur probante de son expertise, qui est complète et cohérente.

4.2.6 Selon la recourante, l'expert avait mentionné une autre présumée incohérence dans ses déclarations concernant son suivi hebdomadaire avec sa psychologue, M_____, qui ne serait pas établi. Or, « de ce que l'on savait », la recourante était toujours suivie par celle-ci.

L'expert a indiqué dans son rapport avoir téléphoné le 16 juin 2025 à la psychologue précitée, qui lui avait déclaré que la recourante avait cessé de venir aux séances depuis le 24 octobre 2024. Cette information apparaît en conséquence suffisamment établie.

4.2.7 La recourante a fait valoir qu'en faisant état de prétendues incohérences de sa part, l'expert sous-entendait qu'on ne pouvait pas se fier à ses déclarations. Il omettait ainsi le caractère subjectif des douleurs, alors qu'il avait lui-même indiqué que la douleur était un phénomène subjectif et impossible à objectiver, ce qui démontrait le caractère contradictoire du rapport d'expertise.

La chambre de céans doit également écarter ce grief. En effet, il n'est pas contestable que les douleurs ne sont pas objectivables, mais il ne peut être tenu compte du seul ressenti subjectif des assurés. 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, 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.

L'expert était ainsi fondé à se prononcer sur les douleurs sur la base notamment de ses constats, comme le fait qu'il n'avait pas constaté de comportement douloureux de la recourante, hormis le fait qu'elle s'était mise debout trois ou quatre fois par heure, pour environ une minute à chaque fois.

4.2.8 La recourante a indiqué que l'expert s'était écarté du diagnostic posé par le Dr E_____, d'épisode dépressif sévère en se contentant d'affirmer qu'à partir de juin 2021, celui-ci avait cédé la place à une dysthymie.

La chambre de céans constate au contraire que l'expert a explicité, en page 21 de son rapport, pour quels motifs il rejoignait partiellement le Dr E_____, s'agissant du diagnostic posé par ce dernier de trouble dépressif récurrent, et pour

quelles raisons, il s'écartait de son appréciation pour la période débutant juin 2021. Il a en particulier précisé que la dépression avait été successivement qualifiée par le Dr E_____ de moyenne de juin 2021 à avril 2023, de sévère d'avril à août 2023 et de fluctuant entre moyen et sévère de septembre 2023 au jour de son expertise. Il était peu probable qu'un épisode dépressif oscillant entre sévère et moyen durant plus de six ans n'entraîne pas des répercussions objectivables (altération de l'état général, auto-négligence, geste auto-agressif, etc.). Par ailleurs, le traitement prodigué actuellement par le Dr E_____, avec des consultations mensuelles, était inhabituel en présence d'une dépression considérée comme sévère, eu égard au degré de souffrance et au risque vital associé à cette affection. Ce type de suivi était adapté à une dépression de degré plus léger. Cela laissait penser que le psychiatre traitant ne jugeait pas l'état clinique si alarmant. L'expert a encore indiqué que les rapports du Dr J_____, de la clinique K_____, ne permettaient pas de juger de la gravité réelle de la dépression au moment de l'hospitalisation et qu'enfin et surtout, il disposait pour la période postérieure à mai 2021 de deux rapports du Dr G_____ (examens de l'expertisée en novembre 2022 et janvier 2024), qui étaient complets et crédibles et qui montraient, à deux reprises, une dépression de degré léger, ce qui correspondait à sa propre estimation, avec la nuance que, selon l'expert, une dépression légère de longue durée, plus de deux ans, correspondait plutôt au diagnostic de dysthymie, car la durée d'un véritable épisode dépressif était limitée généralement à quelques semaines ou à quelques mois.

4.2.9 La chambre de céans constate encore que l'expert a examiné les indicateurs de gravité et de cohérence développés par le Tribunal fédéral. Il a notamment relevé à cet égard que les limitations dues à la dysthymie étaient légères et non incapacitantes en principe, mais qu'elles pouvaient toutefois le devenir si elles se conjugaient à des limitations fonctionnelles provoquées par d'autres atteintes à la santé. Dans le cas de la recourante, il existait une comorbidité par le trouble somatoforme. Les limitations objectives dues aux douleurs somatoformes étaient discrètes en l'occurrence et n'influaient pas la capacité de travail. Il en était de même pour les malaises, qui atteignaient rarement un degré alarmant, et qui étaient, par ailleurs, probablement en partie sous le contrôle de la volonté de la recourante. L'épisode que l'expert avait pu constater avait été bref et n'avait pas eu de conséquences fonctionnelles. Pour ces raisons, l'expert était d'avis que la combinaison de ces deux diagnostics n'atteignait pas un degré de limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail durable dès juin 2021.

Le trouble dépressif récurrent diagnostiqué par le Dr E_____ en 2017 était maintenant en rémission et donc sous contrôle. Il persistait une dysthymie ainsi que des symptômes somatoformes (douleurs et malaises) apparus dès 2015. Il n'y avait pas de comorbidité physique significative.

Il n'y avait pas d'évidence de fragilité de la personnalité ni dans le sens de traits problématiques ni dans celui d'un véritable trouble de la personnalité. Les

ressources personnelles liées à la personnalité n'étaient pas altérées par la pathologie psychiatrique constatée. Celle-ci était de degré léger et ne pouvait pas expliquer le comportement régressé allégué par la recourante sur les plans professionnel, personnel et social. Elle vivait avec son conjoint et ses trois enfants. Selon ses propres déclarations, ses proches l'entouraient, la soutenaient et l'encourageaient, mais elle se disait néanmoins isolée et sans activité sociale. Il existait enfin des incohérences dans le discours et le comportement de la recourante qui ne s'expliquaient pas par une pathologie médicale, ce qui diminuait sa crédibilité. Depuis juin 2021, la capacité de travail était entière.

La chambre de céans considère que l'examen des indicateurs par l'expert est satisfaisant et qu'il justifie son appréciation sur la capacité de travail de la recourante.

4.3 En conclusion, l'expertise judiciaire est convaincante et les critiques formulées à son encontre par la recourante ne suffisent pas à remettre en cause sa valeur probante.

4.4 Sur la base de cette expertise, il y a lieu de confirmer la décision querellée.

5. Infondé, le recours sera rejeté.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1*bis* LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le