RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2162/2020 **ATAS/1063/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 20 octobre 2021

4ème Chambre

En la cause

CAISSE DE PENSION DE SCANIA SCHWEIZ AG, sise Steinackerstrasse 57, KLOTEN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andreas Matthias GNÄDINGER	recourantes
Madame A_____, domiciliée à MEYRIN	

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1962, est titulaire d'un CFC d'employée de bureau acquis en 1984.

2. De 1984 à 1999, l'assurée a travaillé comme employée de bureau auprès de concessionnaires/garages-automobiles. De 1999 à 2002, elle a tenu un commerce de tabac-journaux comme indépendante. De 2002 à 2005, elle a à nouveau travaillé comme employée de bureau auprès d'un concessionnaire/garage-automobiles.

3. En date du 17 mai 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adulte auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI). Les atteintes invoquées étaient une hernie discale et une spondylodèse depuis 1995, une fibromyalgie depuis 2004 et une dépression de 1992 à 1999. L'assurée demandait une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession ou une rééducation dans la même profession.

4. Selon rapport médical du 20 mai 2005 établi par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, à l'attention d'Helsana Assurances SA, assurance collective pour perte de gain en cas de maladie, les diagnostics retenus étaient un état dépressif aigu, des lombalgies chroniques, une fibromyalgie et des cervico-lombalgies chroniques. Le pronostic demeurait réservé et la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle.

5. Dans un rapport médical du 14 juin 2005, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a retenu les diagnostics de hernie discale L5-S1, opérée le 18 juillet 1995, d'instabilité lombaire et de sciatique opérée le 14 janvier 2000, et de récidive lombosciatique en octobre 2004 après une période d'accalmie. Ce médecin indiquait que la capacité de travail était entière jusqu'au 18 octobre 2004, de 50 % dès le 29 novembre 2004 et nulle dès le 23 décembre 2004. Il indiquait que l'état de santé s'aggravait. En effet, malgré deux interventions en 1995 et 2000, la situation était devenue progressivement incompatible avec la poursuite d'une activité professionnelle, même à temps partiel. De plus, le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu par son médecin traitant. L'incapacité de travail était de 100 %, définitivement et dans toute activité.

6. Le 9 avril 2006, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI. Il a retenu, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une fibromyalgie et un état dépressif, existant depuis 2005. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hernie discale et une spondylodèse. Ce médecin mentionnait que depuis 2004, il y avait eu une apparition de douleurs diffuses touchant les genoux, les coudes, les épaules et les mains notamment. Ces douleurs n'étaient pas accompagnées de tuméfaction. L'activité exercée était encore exigible, sur le plan rhumatologique, sans diminution de rendement.

7. Dans un rapport médical du 25 septembre 2006, le Dr C_____ relevait que l'état de santé était resté stationnaire, les diagnostics demeurant inchangés. La capacité de travail était nulle en tant qu'employée de bureau.

8. Dans un avis du 10 janvier 2007 établi par le service médical régional AI (ci-après: le SMR), le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a proposé la mise en œuvre d'une expertise auprès du centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: le COMAI) afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique et/ou psychique.

9. En date du 11 mai 2007, le COMAI a rendu le rapport de l'expertise, diligentée par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Monsieur H_____, neuropsychologue FSP. Les experts ont conclu que les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient un syndrome vertébral sévère séquellaire à deux interventions chirurgicales. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils étaient une gonarthrose droite, une fibromyalgie, un status après ablation des quatre ménisques, un status après recentrage de la rotule gauche, une personnalité borderline et un épisode dépressif avec symptômes somatiques d'intensité légère à moyenne. Aussi, l'activité exercée jusqu'à présent était exigible à raison de 4 heures par jour sur le plan somatique, et de 100 % sur le plan psychique, sans diminution de rendement. L'incapacité de travail d'au moins 20 % existait depuis 1995. Depuis 2005, l'incapacité de travail était totale. Enfin, d'autres activités n'étaient pas exigibles de la part de l'assurée et des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas nécessaires, dès lors qu'elle pouvait travailler à 50 % dans son activité d'employée de bureau.

10. Le 24 août 2007, le COMAI a précisé, sur demande du SMR, que le syndrome sévère séquellaire à deux interventions chirurgicales concernait l'ensemble des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail. Il y avait eu une erreur de frappe et la capacité était totale sur le plan psychique. Enfin, il avait été mentionné une incapacité de travail de 100% sur le plan somatique. Elle était subjective pour l'assurée et objective pour le médecin-traitant. Le Dr G_____ estimait qu'il n'avait pas les documents lui permettant d'avoir une appréciation rétroactive pertinente.

11. Dans un avis médical du 10 septembre 2007, le SMR, soit pour lui le Dr E_____, a relevé que l'état clinique de l'assurée ne s'était pas aggravé entre l'examen du Dr D_____ en 2005 et celui Dr G_____ en 2007 (aucun nouvel examen d'imagerie n'avait été prescrit, aucune consultation spécialisée n'avait été organisée par le médecin traitant, le traitement antalgique était simple et correspondait à un premier palier de l'OMS, l'assurée n'utilisant pas toute la palette des médicaments antalgiques qui lui avaient été prescrits). La seule différence objective entre le status clinique décrit par le Dr D_____ en 2005 résidait dans la distance doigt-sol mesurée, ce qui ne justifiait pas un nouvel empêchement dans l'activité d'employée de bureau, sans contradiction avec le status psychiatrique ("aucun comportement

douloureux n'est observé, elle peut rester assise tout l'examen"). Ainsi, selon le SMR, il n'y avait pas d'aggravation clinique entre février 2005 et 2007. Dans le cadre de l'expertise, le Dr G_____ n'expliquait pas pourquoi il s'écartait de l'appréciation de la capacité de travail du Dr D_____ qui reposait pourtant sur un rapport médical détaillé. Il s'agissait donc, selon le Dr E_____, d'une appréciation différente d'une situation identique. Selon le médecin du SMR, l'incapacité de travail était entière du 18 octobre 2004 au 28 novembre 2004, de 50 % du 29 novembre 2004 au 22 décembre 2004, et nulle dès le 23 décembre 2004. Dès cette date, l'activité d'employée de bureau était exigible.

12. En date du 17 septembre 2007, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision, lui niant le droit à des mesures de reclassement, au motif que sa capacité de travail, tant sur le plan somatique que psychique, était entière depuis le 23 décembre 2004.

13. L'assurée, représentée par son conseil, a contesté, par pli du 17 octobre 2007, le projet de décision précité. Selon elle, le projet de décision était en contradiction avec les conclusions du Dr G_____, qui retenait une capacité de travail de 50% dans une activité assise avec possibilité de changer fréquemment de position et sans port de charges. De plus, ce médecin n'avait pas tenu compte de la médication lourde qu'elle devrait prendre pour pouvoir travailler, soit une prise quotidienne et importante de Tramal avec en conséquence une perte de concentration bien connue. L'expertise avait été effectuée alors qu'elle n'exerçait pas d'activité professionnelle et qu'elle pouvait ménager tant ses efforts physiques au minimum que sa prise de médicaments au strict nécessaire. L'assurée concluait à un complément d'expertise auprès du Dr G_____ sur ce point. Elle estimait que sa capacité de travail était nulle, de sorte qu'une rente entière devait lui être octroyée.

14. Par avis du 1er novembre 2007, le Dr C_____ a indiqué que suite à un nouvel examen de la situation lombaire effectué le 16 octobre 2007, l'assurée présentait à ce jour un rétrécissement du segment canalaire L3-L4, au-dessus du segment qui avait été fixé sept ans auparavant. Devant la sévérité des douleurs au niveau du membre inférieur gauche, un élargissement chirurgical du canal avec restabilisation du segment sus-jacent devait être effectué d'ici le début de l'année 2008. Vu la sévérité des lésions et des douleurs, la capacité de travail de l'assurée était nulle.

15. Selon avis médical du SMR du 14 novembre 2007, au vu des divergences dans ce dossier sur le plan rhumatologique, il était proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique auprès du docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie. L'expert devait se prononcer sur l'état de santé actuel de l'assurée, sur sa médication et sur les avis précédents, notamment sur ceux des Drs D_____ et G_____, en expliquant les raisons qui faisaient retenir un avis plutôt qu'un autre, ou alors pourquoi il s'écarte des deux avis.

16. Lors d'un entretien du 21 novembre 2007, l'assurée ne s'est pas opposée à une nouvelle expertise, mais a indiqué qu'elle serait opérée le 7 janvier 2008 avec deux

semaines d'hospitalisation, suivie d'une convalescence de trois mois. D'entente entre les parties, l'expertise a été suspendue.

17. Dans une attestation du 11 février 2008, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée avait subi une intervention importante au niveau de son rachis lombaire (laminectomie L3-L4 avec fixation L3-L4 et AMO de L4-S1) en date du 11 janvier 2008 et qu'elle ne pourrait pas se rendre à une convocation d'expertise avant la fin de la convalescence qui devait durer au moins trois mois à dater de l'intervention.

18. Dans un rapport médical du 15 avril 2008, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, les diagnostics demeurant inchangés. La capacité de travail était nulle comme employée de bureau.

19. Le 23 juin 2008, le Dr I_____ a rendu son rapport d'expertise, retenant comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), un syndrome de fatigue chronique, des gonalgies récurrentes (gonarthrose bi-compartimentale externe droite et status post-arthrotomie et méniscectomie en 1975 à gauche et en 1976 à droite et arthroscopie droite en 2006), et des lombo-pygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (status post-cure de hernie discale L5-S1 en 1995, status post-spondylodèse L4-S1 en 2000 et status post-laminectomie L3-L4, fixation L3-L4 et AMO L4-S1 en 2008). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient un syndrome anxio-dépressif probable sous traitement antidépresseur depuis 1995, une hypothyroïdie substituée, un reflux gastro-œsophagien, une insuffisance cardiaque sur valvulopathie aortique et mitrale modérée anamnestique. La capacité de travail, dans l'activité antérieure de vendeuse indépendante dans un bureau de tabac était estimée à 50%, dès lors que l'assurée devait porter à plusieurs reprises de lourdes charges. Dans sa dernière activité d'employée de bureau dans un garage, sa capacité était de 60 à 70%, considérant qu'elle devait rester assise de manière prolongée devant un ordinateur. Dans une activité adaptée, d'un point de vue médico-théorique, sa capacité de travail était de 100% dès juillet 2008, soit six mois après la dernière opération. Depuis octobre 2004, l'assurée présentait une diminution de sa capacité de travail de manière progressive puis totale depuis décembre 2004.

20. Par avis médical du 18 juillet 2008, le SMR, soit pour lui la doctoresse J_____, a indiqué qu'eu égard aux conclusions du Dr I_____, le rapport du SMR du 10 septembre 2007 était parfaitement valable avec, comme seul bémol, que dans le poste où l'assurée exerçait auparavant, la capacité de travail n'excédait pas 60 à 70%, mais dans toute activité d'employée de bureau adaptée, l'exigibilité était entière.

21. Le 6 octobre 2008, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de refus de prestations, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr I_____ du 23 juin 2008 et sur l'avis SMR du 18 juillet 2008. Ainsi, la capacité de travail de l'assurée était entière dans

un poste d'employée de bureau adapté à son atteinte à la santé. Le taux d'invalidité était de 14,3%, après comparaison des gains selon le calcul suivant :

- revenu sans invalidité : CHF 64'350.- (salaire que l'assurée aurait touché sans atteinte à la santé)
- revenu avec invalidité : CHF 55'171.- (salaire dans une activité adaptée selon l'ESS 2005 TA1, tous secteurs confondus, niveau 3, abattement de 10%)

soit une perte de gains de CHF 9'179.- et un degré d'invalidité de 14,3%.

22. Le 12 novembre 2008, l'assurée a recouru auprès du Tribunal de assurances sociales contre cette décision. Dans le cadre de son recours, elle a produit un avis médical du Dr B_____ du 10 novembre 2008. Selon ce médecin, le Dr D_____ ne pouvait être considéré comme un expert impartial, puisqu'il n'avait vu la recourante qu'une fois brièvement en vue d'exclure une maladie rhumatismale inflammatoire, et non pour évaluer sa capacité de travail. De plus, l'assistante médicale du Dr D_____ travaillait avec son mari et faisait la comptabilité du garage avec lequel l'assurée avait eu un grave conflit d'intérêt. En conclusion, le SMR avait par deux fois désavoué les deux experts qu'il avait lui-même mandatés. Au vu de ces éléments, l'assurée concluait à l'annulation de la décision querellée et à la constatation qu'elle présentait un degré d'invalidité supérieur à 20%, ce qui lui donnait droit à des mesures de reclassement.

23. Par ordonnance du 4 mars 2009, le tribunal a suspendu l'instruction de la cause.

24. Le 4 mai 2009, l'assurée a été reçue par l'intimé pour un entretien. Le gestionnaire a proposé d'évaluer la pertinence et la possibilité d'un réentraînement au travail dans le domaine administratif moyennant une adaptation du poste. Dans la négative, une orientation professionnelle pourrait être envisagée.

25. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 23 juin 2009, l'OAI proposait de mettre sur pied une rééducation dans la même profession accompagnée d'une adaptation du poste de travail, à l'aide de moyens auxiliaires, auprès de l'entreprise d'entraînement Ouistart (ci-après: EEO).

26. Le 23 septembre 2009, l'intimé a adressé à l'assurée une communication relative à l'octroi de moyens auxiliaires (adaptation du poste de travail). Le même jour, une seconde communication lui a été adressée concernant l'octroi de mesures professionnelles auprès d'EEO pour un réentraînement au travail dans la même profession du 1er octobre 2009 au 31 décembre 2009.

27. Selon le rapport de réadaptation professionnelle sur fin de mesure du 9 novembre 2009, le réentraînement auprès d'EEO avait été interrompu. L'assurée avait en effet commencé son réentraînement le 5 octobre 2010, mais n'était pas revenue le lendemain. Selon cette dernière, elle avait dû arrêter cette mesure en raison de problèmes familiaux. Elle précisait que l'activité lui plaisait et que le matériel fourni semblait lui convenir. Cette nouvelle crise aurait agi comme un signal et elle aurait commencé un traitement ambulatoire auprès du Centre de thérapie brève pour trois

à six semaines. L'assurée doutait de ses capacités, à court terme, de pouvoir suivre une mesure auprès de l'EEO dont l'environnement était trop proche de l'économie primaire pour être supporté pour le moment. L'intimé proposait de recourir, dans un premier temps, à un stage d'orientation auprès de la Fondation PRO avec pour objectifs, outre l'orientation, de permettre à l'assurée de reprendre pied dans la vie active et d'avoir un cadre aussi structurant que bienveillant. Si le stage s'avérait concluant au niveau des capacités de l'assurée à essayer un retour sur le marché primaire de l'emploi, une nouvelle participation auprès de l'EEO pourrait être envisagée. L'assurée se disait prête à tenter la démarche au terme de son traitement ambulatoire.

28. Le 16 décembre 2009, l'assurée a avisé l'intimé qu'elle était toujours en traitement ambulatoire auprès du centre de thérapie brève et qu'elle envisageait également d'être suivie par un psychiatre. Selon son médecin traitant, elle devrait être en mesure de débuter le stage d'orientation dès le mois de février 2010.

29. Dans un rapport de réadaptation professionnelle (surveillance en cours) du 9 février 2010, l'intimé a proposé un réentrainement au travail (rééducation dans la même profession) pour une durée de trois mois auprès de la Fondation PRO avec une augmentation progressive du taux d'activité.

30. Par communication du 16 mars 2010, l'intimé a octroyé à l'assurée une mesure professionnelle sous forme de réentraînement au travail, du 12 avril au 9 juillet 2010, auprès de la Fondation PRO.

31. Le 23 avril 2010, il a été mis fin aux mesures d'ordre professionnel. En effet, l'assurée ne s'était pas présentée le premier jour du stage auprès de la Fondation PRO et avait fait savoir qu'elle était en arrêt de travail pour une durée indéterminée. Elle expliquait avoir été prise de fortes douleurs et de crises de panique à l'idée de débuter le stage, ne se sentant pas prête pour une réadaptation. Contacté par l'intimé, le Dr B_____ avait confirmé que l'assurée avait décompensé tant sur le plan physique que psychique à la simple expectation du prochain début du stage. Ainsi, selon l'intimé, l'assurée n'était pas apte à la réadaptation pour des raisons qui restaient à objectiver sur le plan médical.

32. Par ordonnance du 29 juin 2010, le tribunal des assurances sociales a ordonné la reprise de l'instruction de la cause et a fixé à l'assurée un délai au 16 juillet 2010 pour se déterminer.

33. Dans son écriture du 30 juin 2010, l'assurée a indiqué être dans l'attente d'un rapport médical du Dr B_____. Sur le plan psychologique, elle avait besoin de temps. Sur le plan physique, elle devrait prochainement subir une nouvelle intervention au dos, une vis étant sortie de son logement. Elle concluait au renvoi de la cause à la fin de l'année, à la mise en œuvre d'une expertise et à l'octroi d'une rente AI à 50%.

34. Le 20 juillet 2010, l'assurée a produit un avis médical du Dr B_____ daté du même jour. Il en ressort que depuis le mois d'octobre 2009, l'état de santé psychique

de l'assurée s'était progressivement détérioré, entre autres en raison du décès de son frère cadet ainsi que de sa mère, qui avait eu une attaque cérébrale. Il existait chez l'assurée un fond dépressif masqué que les événements précités étaient venus aggraver. Elle était actuellement suivie à la consultation psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Parallèlement, son état de santé physique s'était dégradé. L'assurée avait nécessité la pose d'une prothèse du genou droit en date du 15 juillet 2010. Concernant la colonne lombaire, elle devrait subir une nouvelle intervention pour enlever une des quatre vis qui s'était cassée en deux et qui générait des douleurs importantes à la mobilisation du rachis. Bien qu'elle restait très motivée pour reprendre une activité adaptée, il est clair qu'elle n'était pas en mesure de le faire pour plusieurs mois. Durant cette période, sa capacité de travail était nulle. Selon le Dr B_____, la problématique psychiatrique était beaucoup plus importante et elle était susceptible d'interférer sur sa capacité future de travailler. Ce n'était que tout récemment que l'assurée avait pu verbaliser ses difficultés psychiques et qu'elle avait souhaité un nouveau suivi psychiatrique au Centre de thérapie brève. L'assurée concluait à la mise en œuvre d'une expertise sur les plans psychique et physique et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

35. Dans son écriture du 10 août 2010, l'intimé a relevé que la péjoration de l'état de santé psychique évoquée par l'assurée était une atteinte nouvelle, soit postérieure à la décision querellée du 6 octobre 2008.

36. Par arrêt du 1er décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ATAS/1258/2010) a admis partiellement le recours, annulé la décision de l'intimé du 6 octobre 2008 et renvoyé le dossier à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgicale. Les experts devraient se prononcer expressément sur les expertises du COMAI et du Dr I_____ ainsi que sur les avis des médecins traitants, en précisant pourquoi ils avaient suivi l'un ou l'autre des avis, ou encore les avaient écartés. De plus, il était nécessaire, dès lors qu'un diagnostic de fibromyalgie avait été posé, que les critères jurisprudentiels relatifs à ce type d'atteinte soient expressément examinés par les experts. Enfin, les experts devraient se prononcer sur les éventuelles aggravations présentées par l'assurée, tant sur le plan somatique que psychiatrique, notamment eu égard à l'échec de tentative de réentraînement.

37. Le 16 mars 2011, le SMR a proposé de demander une expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgical au COMAI de la clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) à Sion.

38. Le 23 mars 2011, l'OAI a demandé une expertise pluridisciplinaire à la CRR.

39. Le 29 mars 2011, le conseil de l'assurée a informé l'OAI avoir reçu un téléphone de sa cliente confirmant son impossibilité de se rendre à Sion pour des raisons d'ordre physique (dos et genou) et psychique (panique en tram, bus, car, train). Elle demandait de la faire convoquer à Genève.

40. Le 26 avril 2011, la CRR a retourné le dossier de l'assurée dans l'attente d'une prise de position de l'OAI.

41. Le 7 avril 2011, le SMR a indiqué avoir pris note de la lettre du conseil de l'assurée du 2 mars 2011. Malheureusement, sans justification médicale il ne pouvait pas modifier le choix d'expert. Par ailleurs, il n'y avait plus de centre d'expertise à Genève de type COMAI. Il fallait maintenir la CRR.

42. Par décision du 5 septembre 2011, l'OAI a confirmé que l'expertise serait effectuée par la CRR à Sion, considérant que l'exigibilité de l'expertise auprès du centre susmentionné était confirmée, malgré la demande de récusation du 29 mars 2011, selon l'appréciation du SMR.

43. Le 27 octobre 2011, la CRR a convoqué l'assurée pour procéder à son expertise le 23 janvier 2012.

44. Le 15 décembre 2011, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué à l'OAI que l'assurée devait faire l'objet d'une intervention chirurgicale de son genou droit le 12 janvier 2011.

45. Le 19 décembre 2011, la CRR a renvoyé définitivement le dossier à l'OAI, étant dans l'impossibilité de répondre au mandat de celui-ci, dès lors que l'assurée devait subir une arthroplastie totale du genou le 12 janvier 2012 et qu'elle ne pouvait répondre à sa convocation.

46. Le 4 juin 2012, le Dr K_____ a attesté que l'assurée avait subi une intervention chirurgicale en janvier 2012 et qu'elle était actuellement toujours en période de convalescence.

47. Le 3 octobre 2012, l'assurée a informé l'OAI que son médecin généraliste, le docteur B_____, avait changé de spécialisation et l'avait adressée à la doctoresse L_____, pour le suivi de sa santé. D'autre part, le docteur C_____, neurochirurgien, était décédé le 21 juin précédent, et le docteur M_____, neurochirurgien FMH, avait repris son dossier médical.

48. Le 5 janvier 2012, le SMR a suggéré de demander un rapport médical complet au Dr K_____ après quoi, il reverrait le dossier et organiserait une nouvelle expertise pluridisciplinaire via la plateforme MED@P.

49. Le 30 novembre 2012, la Dresse L_____, médecine interne FMH, médecine psychosociale et psychosomatique AMPP, a indiqué que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assurée étaient un trouble dépressif majeur, épisode récurrent (F33.9), un trouble panique avec agoraphobie (F40.0), un trouble de la personnalité type borderline (F60.3), des lombosciatalgies chroniques, un status post-spondylodèse L4-S1 en 2000, un status post-larmectomie L3-L3, fixation L3-L4 et AMO L4-S1 en 2008, une pseudarthrose L3-L4 et un status post-prothèse totale du genou droit en 2012. Elle suivait l'assurée depuis le 7 août 2012 et ne l'avait vue qu'à deux reprises. Ses plaintes spontanées étaient avant tout des douleurs diffuses et des lombalgies très invalidantes pour lesquelles une nouvelle

intervention chirurgicale était envisagée par le Dr M_____. Elle vivait actuellement une période d'instabilité affective difficile, se sentait mal et agressive, ses parents étant hospitalisés. Elle vivait très repliée chez elle en compagnie de ses quatre chats, avait très peur des contacts sociaux, en dehors d'une amie d'enfance et décrivait de très grandes angoisses devant l'éventualité d'un travail de groupe. Son anxiété rendait difficile l'intervention d'un suivi psychiatrique régulier dont elle aurait besoin. Une expertise psychiatrique détaillée serait nécessaire. L'assurée était incapable de rester longtemps dans la même position et de porter des charges et elle avait des difficultés de concentration. L'activité exercée n'était pas exigible et le rendement était réduit à 100 %.

50. La Dresse L_____ a transmis à l'OAI un rapport établi le 31 octobre 2012 par le Dr M_____ relatif à une consultation du jour précédent. Il avait revu l'assurée après les différents examens qui semblaient confirmer une pseudarthrose L3-L4 (scintigraphie et IRM) qui montraient surtout un déséquilibre rachidien important avec une projection de la ligne de plomb C7 avant des têtes fémorales. Cela l'amenait à conclure que si l'on voulait améliorer la situation, il fallait envisager une nouvelle intervention visant non seulement à reprendre la fixation, mais à corriger également la lordose. Il s'agirait d'un geste chirurgical relativement lourd, de près de six heures, avec des pertes sanguines qui pouvaient être importantes.

51. Selon un rapport établi par le Dr M_____ le 18 août 2013, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient une insuffisance *mot illisible* et aortique, deux interventions pour prothèse D (2010-2012), quatre interventions pour embolie depuis 2002. L'assurée était employée de bureau et totalement incapable de travailler dans cette activité avec une dyspnée à l'effort, des difficultés à maintenir la posture, une médication importante. L'activité exercée n'était pas exigible pour l'instant. Il faudrait observer l'évolution à plus long terme. Une nouvelle évaluation se ferait à un an de la dernière opération, soit en avril 2014, mais il était peu vraisemblable que l'assurée puisse un jour reprendre une activité lucrative. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il était trop tôt pour statuer, mais il était peu probable que l'assurée puisse un jour reprendre une activité lucrative.

52. Selon un rapport établi le 3 septembre 2013 par le Dr K_____, l'état de l'assurée était resté stationnaire avec « ptg droite en place, sans complication, bonne mobilité, douleurs occasionnelles à l'effort ». Le dernier examen médical datait du 3 septembre 2013. Pour le genou droit, l'état était stationnaire depuis le 4 juin 2012. Les limitations fonctionnelles étaient : « f/e 125-5-0-accroupie ou à genoux possible, escaliers difficiles ». Il n'y avait pas de traitement en cours. La capacité de travail était limitée par les problèmes de dos de l'assurée (spondylodèse étendue le 29 avril 2013 Dr M_____).

53. Le 12 septembre 2013, le SMR a estimé qu'il convenait de demander une expertise pluridisciplinaire via la plateforme MED@P avec des volets rhumatologique, orthopédique, neurochirurgical et psychique.

54. Le 15 janvier 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait nécessaire qu'elle se soumette à un examen médical approfondi (rhumatologique, orthopédique, neurochirurgical, psychiatrique et médecine interne). Il lui transmettait le nom des experts et la mission d'expertise, avec la possibilité de se prononcer à ce sujet.

55. Le 21 janvier 2014, le conseil de l'assurée (Me HERREN) a informé l'OAI qu'il devait prendre contact directement avec l'assurée.

56. Le 6 juillet 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle serait hospitalisée dès le 12 juillet 2015 pour une intervention chirurgicale du dos qui aurait lieu de lendemain avec une durée d'hospitalisation d'une dizaine de jours.

57. Le 25 juillet 2015, la plateforme MED@P a informé l'assurée que son mandat avait été attribué à la clinique Corela.

58. Le 28 septembre 2015, la clinique Corela a informé l'OAI qu'elle ne pourrait pas traiter son mandat, en raison d'un manque de ressources.

59. Le 8 octobre 2015, l'OAI a réitéré le mandat sur la plateforme SuisseMED@P, car l'expertise demandée par le Tribunal était indispensable et le centre d'expertise Corela, désigné aléatoirement, venait de se dessaisir du mandat.

60. Le 7 novembre 2015, le Dr M_____ a indiqué à l'OAI que depuis son dernier rapport du 18 août 2013, la situation de l'assurée n'avait pas évolué favorablement en raison d'une pseudarthrose lombaire pour laquelle la patiente avait dû être réopérée le 13 juillet 2015. La patiente ne pouvait plus assumer d'activité lui permettant de subvenir à ses besoins. Elle devait toucher une rente complète.

61. Le 17 août 2017, le Dr K_____ a rappelé qu'en ce qui concernait le genou droit de l'assurée, une PTG droite avait été posée le 12 janvier 2012, en remplacement d'une prothèse unicompartimentale mise en 2010. Depuis lors, la patiente se plaignait de douleurs irrégulières, parfois vives, ainsi que de blocages de ce genou. À la dernière consultation, le 15 août 2017, le genou était tout à fait calme, sans aucun signe inflammatoire, ni épanchement. La mobilité était de 130-0-0 avec une bonne stabilité ligamentaire. Les radiographies ne montraient aucun signe d'ostéolyse ou de descellement. En conclusion, les douleurs évoquées pourraient bien être des phénomènes de surcharge liées aux phénomènes rachidiens majeurs (spondylodèse étendue).

62. Le 26 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée que suite à la réception de nouveaux renseignements médicaux, il allait supprimer le volet orthopédique du mandat d'expertise pluridisciplinaire.

63. Le 27 octobre 2017, le SMR a estimé que la spécialité orthopédique n'était pas nécessaire et qu'il fallait s'en tenir aux spécialités de neurochirurgie, psychiatrie et rhumatologie.

64. Le 27 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée que conformément à la loi, son dossier était introduit dans la plateforme fédérale d'attribution aléatoire des

mandats d'expertise depuis 2014. L'organisation de cette attribution ne dépendait pas de l'OAI. Il constatait qu'à ce jour, son mandat d'expertise n'avait toujours pas été attribué à un centre d'expertise. Afin de raccourcir le délai de mise en place de l'expertise, et au vu du temps écoulé depuis le dépôt du mandat sur la plateforme, l'OAI avait réexaminé sa situation avec le SMR. Suite à la réception de nouveaux documents, il se proposait de supprimer le mandat d'expertise initial et de statuer sur la base de l'ensemble des documents recueillis dans le dossier.

65. Le 27 septembre 2018, le SMR a rappelé qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée avait été retenue par les experts du COMAI de Nyon en 2017, en raison d'un syndrome vertébral sévère séquellaire de deux opérations au niveau du rachis lombaire (2000 et 2005). Comme autres atteintes à la santé sans impact sur la capacité de travail, il avait retenu un épisode de dépression d'intensité légère à moyenne et une gonarthrose bilatérale prédominante à droite. Depuis 2007, l'assurée avait subi quatre interventions chirurgicales lourdes, en 2010 et 2012 au niveau du genou droit et en 2013 et 2015 au niveau du rachis lombaire. En outre, l'assurée présentait d'autres comorbidités (asthme, diabète de type II non insulino-traité, valvulopathie aortique et mitrale et sténose carotidienne gauche de 80%). L'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré depuis le dépôt de la demande. En conséquence, la mise en place d'une deuxième expertise pluridisciplinaire afin de compléter l'instruction et conclure n'était pas nécessaire. Le SMR estimait qu'aucune capacité de travail n'était exigible depuis février 2005.

66. Par projet de décision du 27 novembre 2018, l'OAI a reconnu à l'assurée, dès le 1er février 2006, le droit à une rente entière d'invalidité, la considérant totalement incapable de travailler dans toute activité dès février 2005. Le taux d'incapacité de travail de 100% se confondait avec le degré d'invalidité et ouvrait le droit à une rente à l'issue du délai d'attente, le 1er février 2006.

    La caisse de pension de Scania Schweiz AG (ci-après la caisse ou la recourante) a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Le 1er décembre 2010, le Tribunal des assurances sociales avait renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle évaluation pluridisciplinaire. De 2010 à 2018, toutes les tentatives de l'OAI d'initier une expertise avaient échoué. Le 27 septembre 2018, il avait finalement proposé à l'assurée de supprimer le mandat d'expertise initial et de statuer sur la base de l'ensemble des documents recueillis dans le dossier. Ce procédé ne convainquait pas, surtout si on tenait compte du fait que l'OAI avait initialement constaté, en 2007, une incapacité de travail insuffisante et rejeté la demande de l'assurée.

    Les rapports au dossier n'étaient clairement pas suffisants pour prétendre à un degré d'invalidité de 100%.

67. Le 13 novembre 2019, le SMR a estimé sur la base des documents médicaux au dossier que comme l'indiquait le Dr B_____, l'état de santé sur le plan somatique et psychiatrique s'était clairement aggravé dès octobre 2009, avec une incapacité

totale depuis lors. La situation médicale n'avait fait que s'aggraver depuis cette date avec l'apparition de nouvelles atteintes.

68. Par décision du 10 juin 2020, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente sur la base d'un taux d'invalidité de 50 % dès le 1er février 2006 et a augmenté son droit à une rente entière d'invalidité, dès le 1er février 2008.

69. Le 14 juillet 2020, la caisse a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, reprenant en substance les griefs déjà mentionnés dans sa contestation du projet de décision. S'agissant de la suite donnée par l'OAI à sa contestation dans la décision querellée, la caisse ne comprenait pas comment une capacité de travail de 50 % dans toute activité du 2 février 2005 au 31 octobre 2007 et une capacité de travail nulle dès le 1er janvier 2007, date d'aggravation de l'état de santé, avaient pu être établies sans que l'OAI ait effectué les expertises médicales nécessaires. Cela était d'autant plus incompréhensible que le tribunal avait déjà constaté en 2010 que les bases médicales n'étaient pas suffisantes pour justifier une invalidité au sens légal. À l'heure actuelle, il n'était pas clair quelles plaintes, ainsi que l'intensité de celles-ci, avaient pu mener à une incapacité de travail et quelles plaintes avaient existé et dans quelles périodes de temps. Il n'était pas clair non plus de savoir à partir de quand et quelles plaintes avaient causé une incapacité de travail. L'instance inférieure n'avait donc toujours pas accompli son obligation d'examiner l'état de fait conformément aux exigences de la loi.

    Par ailleurs, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 et la jurisprudence subséquente), une structure de procédure d'instruction devait être mise en place suivie d'un examen juridique. L'intimé avait omis la moindre tentative d'une telle procédure.

    En conséquence, la recourante concluait à la mise à néant de la décision du 10 juin 2020 et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

70. Par réponse du 18 septembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Malgré ses tentatives de mise en place de l'expertise ordonnée par le Tribunal des assurances sociales, la spécificité du dossier avait induit un délai d'attente disproportionné et insoutenable dans l'attribution du mandat d'expertise, de sorte qu'il avait dû prendre les mesures nécessaires pour rendre une décision. La mise en place d'une éventuelle expertise plus de dix ans après les faits pertinents reviendrait pour la plupart à une étude approfondie du dossier, ce qui avait été réalisé par le SMR, afin de pouvoir rendre une décision quinze ans après le dépôt de la demande.

71. Par réplique du 19 novembre 2020, la caisse a persisté dans ses conclusions.

72. Le 11 août 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise aux docteurs N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg, O_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Renens, et P_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, à Genève et leur a transmis le projet de mission d'expertise avec un délai pour se prononcer

sur une éventuelle récusation des experts ou sur les questions qui leur étaient adressées.

73. Le 23 août 2021, la recourante a demandé à la chambre de céans de trouver un rhumatologue sur Genève, étant dans l'impossibilité de se déplacer vu ses problèmes de santé.

74. Par courrier du 31 août 2021, la caisse a informé la chambre de céans qu'elle n'avait pas de questions complémentaires ni de demande de récusation concernant les experts cités.

75. Par courrier du 1er septembre 2021, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis le mandat d'expertise au SMR et que ce dernier n'avait pas de questions complémentaires. Aucun motif de récusation n'était par ailleurs avancé.

76. Par écriture du 27 septembre 2021, la chambre de céans a indiqué aux parties vouloir confier le volet rhumatologique de l'expertise au docteur Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève.

77. Dans le délai octroyé aux parties pour se déterminer à ce sujet, l'OAI a indiqué qu'il avait pris bonne note du changement de l'expert rhumatologue et qu'il n'avait pas de motifs de récusation envers l'expert désigné.

EN DROIT

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.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité suite à sa demande du 17 mai 2005.

4. 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 28 al. 2 LAI).

5. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie 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).

   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. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

   La reconnaissance de l'existence d'une fibromyalgie suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un rhumatologue s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.2).

6. 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; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 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).

La reconnaissance d'un trouble psychique doit reposer sur le diagnostic posé par un psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

7. 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 :

a. 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.

b. 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. 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 assécurologique 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.

8. 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. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à

porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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).

13. En l'espèce, par arrêt du 1er décembre 2010, le TCAS (ATAS/1258/2010) a annulé la décision de l'intimé du 6 octobre 2008 et renvoyé le dossier à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgicale. Pour des raisons indépendantes de la volonté de l'intimé, cette expertise pluridiscipliaire n'a pas pu être mise en œuvre, faute notamment de désignation d'un centre d'expertise par le système de la plateforme MED@P entre le 12 septembre 2013 et le 30 avril 2018. Dans ces circonstances, on ne peut reprocher à l'intimé d'avoir tenté de faire avancer la procédure en prenant une décision sur la base d'un avis du SMR. Cela étant, cet avis ne permettait pas de trancher le cas, comme l'a fait valoir la recourante. Il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgicale.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A. Ordonne une expertise psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgicale de Madame A_____.

B. Commet à ces fins les docteurs N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg, Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève, et P_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, à Genève.

Expertise psychiatrique :

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a) prendre connaissance du dossier de la cause ;

   b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;

   c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

   d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

2. Établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

   1. Anamnèse détaillée.

   2. Plaintes et données subjectives de la personne.

   3. Status clinique et constatations objectives.

   4. Diagnostics selon la classification internationale.

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

   5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

   6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

   7. Les plaintes sont-elles objectivées ?

   8. 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 l'assurée).

9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien **depuis 2005** ?
10. 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) ?
11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
15. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
16. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
17. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
18. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
19. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
20. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
21. Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
22. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

23. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne

    a) dans l'activité habituelle,

    b) dans une activité adaptée.

24. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,

    a) dans l'activité habituelle,

    b) dans une activité adaptée.

25. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

26. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles **(en remontant jusqu'à 2005)**, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.

27. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

    b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

28. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

29. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles et individuelles du Dr F_____ (expertise COMAI des 11 mai et 24 août 2007) ? Indiquer pour quelles raisons son avis est confirmé ou écarté.

    b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr B_____ (rapport des 10 novembre 2008 et 20 juillet 2010) Indiquer pour quelles raisons son avis est confirmé ou écarté.

    c) Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse L_____ (rapport du 30 novembre 2012) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

30. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.

31. Formuler un pronostic global.

32. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec les deux autres experts désignés s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, **notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle**.

4. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

Expertise rhumatologique :

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a) prendre connaissance du dossier de la cause ;

   b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;

   c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

   d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

   1. Anamnèse détaillée.
   2. Plaintes et données subjectives de la personne.
   3. Status clinique et constatations objectives.
   4. Diagnostics selon la classification internationale.

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

   5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
   6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
   7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
   8. 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 l'assurée).
   9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien **depuis 2005** ?
   10. 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) ?

11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

15. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

16. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne

    a) dans l'activité habituelle,
    b) dans une activité adaptée.

17. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,

    a) dans l'activité habituelle,
    b) dans une activité adaptée.

18. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

19. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles **(en remontant à 2005)**, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.

20. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

    b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

21. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

    a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr D_____ (rapport du 9 avril 2006) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

    b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles et individuelles du Dr G_____ (expertise COMAI des 11 mai et 24 août 2007) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

22. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.

23. Formuler un pronostic global.

24. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec les deux autres experts désignés s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, **notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle**.

4. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

Expertise neurochirurgicale :

1. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a) prendre connaissance du dossier de la cause ;

   b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;

   c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

   d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

   1. Anamnèse détaillée.

   2. Plaintes et données subjectives de la personne.

   3. Status clinique et constatations objectives.

   4. Diagnostics selon la classification internationale.

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

   5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

   6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

   7. Les plaintes sont-elles objectivées ?

   8. 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 l'assurée).

9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien **depuis 2005** ?

10. 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) ?

11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

15. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

16. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne

    a) dans l'activité habituelle,
    b) dans une activité adaptée.

17. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,

    a) dans l'activité habituelle,
    b) dans une activité adaptée.

18. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

19. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles **(en remontant à 2005)**, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps.

20. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

    b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

21. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

22. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelle et individuelles du Dr C_____ (rapports des 16 octobre et 1er novembre 2007 et 15 avril 2018.) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

    b) Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr M_____ (rapports des 30 octobre 2012 et 7 novembre 2015) ? Indiquer pour quelles raisons cet avis est confirmé ou écarté.

23. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables.

24. Formuler un pronostic global.

25. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

3. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec les autres experts désignés s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

4. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

C. Réserve la suite de la procédure

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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