

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2228/2024

ATAS/237/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 23 mars 2026

Chambre 3

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Yves MABILLARD, avocat

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1965, de nationalité suisse, mariée, a travaillé en tant qu'assistante de gestion à 70% pour le B _____.
- b.** En juillet 2020, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une dépression.
- c.** Par décision du 13 avril 2021, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation au motif que, l'activité habituelle ayant été reprise à 50% le 1^{er} mai 2020, puis à 100% de son taux contractuel, le 4 mai 2020, les incapacités de travail avaient duré moins d'une année.

- B.** **a.** Le 15 juin 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.
- b.** Ont été versés au dossier les avis de ses médecins traitants, des rapports d'hospitalisations, ainsi que celui d'une expertise psychiatrique rendu le 6 juillet 2023 par le Centre d'expertises médicales (CEMed) – mandaté par l'assureur perte de gain – et celui d'une autre évaluation psychiatrique effectuée par le docteur C _____ le 11 mars 2024.
- c.** Le 26 avril 2024, le service médical régional (ci-après : SMR) a admis une totale incapacité de travail à compter du 21 février 2022 et ce, dans toute activité. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail avait été recouverte à 50% dès le 1^{er} février 2024, puis à 100% dès le 5 mars 2024. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été de 100% dès le 1^{er} février 2024 déjà.

Le SMR a noté que, bien que l'expertise du CEMed ait conclu à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 25% dès le 25 juillet 2023, de 50% dès le 5 septembre 2023, de 75% dès le 17 octobre 2023 et de 100% dès le 28 novembre 2023, dite reprise n'avait pu se concrétiser, l'assurée ayant à nouveau été hospitalisée en psychiatrie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 5 septembre au 26 septembre 2023, en raison d'une rechute vers un état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (cf. lettre de sortie des HUG du 20 octobre 2023).

S'en était suivi une année de prise en charge au centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrées (CAPPI), jusqu'au 14 février 2024, avec relais vers le psychiatre traitant. L'évolution avait été qualifiée de favorable, vers une rémission de l'épisode dépressif sous traitement médicamenteux, malgré la persistance d'une anxiété importante, de troubles de la concentration, d'une fragilité psychique et d'une sensibilité au stress.

La nouvelle expertise psychiatrique réalisée par le Dr C _____, à la demande de l'assureur perte de gain, avait confirmé la rémission complète du trouble

dépressif, sous traitement inchangé. L'expert avait conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 5 mars 2024.

d. Par décision du 7 juin 2024, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

L'OAI a reconnu à l'assurée le statut de personne se consacrant à 70% à son activité professionnelle et, pour les 30% restants, à son ménage.

À l'issue de l'instruction médicale, il a reconnu l'existence d'une incapacité de travail depuis le 21 février 2022.

Il a été rappelé que l'assurée avait été suivie par le service de réadaptation dans le cadre d'une intervention précoce et qu'elle avait bénéficié d'un suivi de reprise. À l'issue de ces mesures, il avait été constaté que cela avait positivement contribué à la reprise de l'activité professionnelle et que, dès lors, l'assurée ne subissait plus aucune perte de gain. Elle avait recouvré une capacité de travail pleine et entière dans toute activité entrant en ligne de compte.

C. a. Par écriture du 1^{er} juillet 2024, le mari de l'assurée a interjeté recours au nom de son épouse en contestant sa capacité à travailler.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 juillet 2024, a conclu au rejet du recours.

L'intimé a fait remarquer que la recourante ne produisait aucune pièce permettant de remettre en cause la décision du 7 juin 2024.

c. Le 23 juillet 2024, la recourante a produit un rapport médical rédigé par la docteure D_____, médecin adjointe agréée au département de psychiatrie des HUG, daté du 19 juillet 2024.

Il ressort de ce rapport que l'assurée a été évaluée les 19, 20, 21 juin et 2 juillet 2024 à l'unité « humeur et anxiété » des HUG. À l'issue de cette évaluation, a été retenu le diagnostic de trouble bipolaire de type II avec épisode dépressif d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent préalablement posé a été formellement réfuté.

Il a été précisé que la méconnaissance du diagnostic de trouble bipolaire et les traitements inadaptés (absence de traitement stabilisateur de l'humeur) avaient très probablement participé à la péjoration de l'état de santé psychique de l'assurée durant les dernières années.

Compte tenu de la sévérité de la symptomatologie et de la nécessité d'une prise en charge spécialisée pour le trouble bipolaire, il avait été opté pour une interruption du suivi en privé au profit d'une redirection de la patiente vers l'unité « humeur et anxiété » des HUG. Un traitement par lithium avait été introduit. La patiente avait également bénéficié d'un étayage infirmier hebdomadaire.

d. L'intimé qui, par écriture du 13 août 2024, après avoir soumis ce document au SMR, a émis l'avis que les conclusions précédemment émises restaient valables jusqu'au 18 juin 2024, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée n'ayant été

rendue plausible qu'à compter du 19 juin 2024, soit postérieurement à la décision litigieuse. Dès lors, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

e. Le 21 octobre 2024, la recourante a confié la défense de ses intérêts à un avocat.

f. Celui-ci, par écriture du 10 janvier 2025, a conclu, principalement, à l'annulation de la décision du 7 juin 2024 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire ayant pour objet de déterminer les atteintes à la santé, leur gravité, leurs répercussions sur la capacité de travail et le taux d'invalidité en découlant.

En substance, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr C_____ du 11 mars 2024, alléguant que l'impact des troubles psychiques sur sa capacité de travail a été mésestimé par l'expert. Elle fait valoir qu'elle a été suivie par six psychiatres durant les deux dernières années et que tous ont retenu un diagnostic ayant une incidence sur sa capacité de travail. Le Dr C_____ est le seul qui n'a retenu aucun diagnostic invalidant au moment de son examen du 5 mars 2024. Or, il est établi qu'elle souffre depuis 2020 de troubles psychiques récurrents et incapacitants. Preuve en est les arrêts de travail successifs qui ont été délivrés. Ses troubles psychiques ont d'ailleurs débuté alors qu'elle n'avait que 20 ans, époque où elle a fait une première tentative de suicide. Elle est parvenue à stabiliser ensuite son état et à travailler, malgré des décompensations dépressives sévères périodiques.

La recourante souligne que, hormis une prétendue courte période d'amélioration, entre mars et juin 2024, elle a systématiquement été en incapacité de travail en raison de ses troubles psychiques. Elle reproche au Dr C_____ de n'avoir fait aucunement état dans son rapport des fluctuations de son état de santé, alors même que celles-ci ressortent clairement de son dossier médical.

La recourante souligne que, selon la Dre D_____, le trouble pouvait déjà être clairement objectivé durant l'été 2022, date à laquelle le diagnostic de trouble bipolaire de type II aurait pu être posé avec certitude. Elle en tire la conclusion qu'il ne s'agit dès lors pas là d'une aggravation de son état de santé postérieure à la décision, mais bien d'un élément de fait qui existait avant celle-ci. Sur ce point, les avis des docteurs E_____, F_____, G_____ (première experte mandatée par l'assurance perte de gain), H_____ et D_____ sont convergents. Ils confirment, d'une part, l'existence des troubles psychiques depuis 2022 au moins, d'autre part, leur incidence sur sa capacité de travail.

g. L'intimé a dupliqué en date du 27 janvier 2025, en persistant dans ses conclusions en rejet du recours.

En substance, il se réfère à un nouvel avis émis par le SMR en date du 2 janvier 2025 et maintient que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, postérieure à la décision querellée, ne saurait être prise en considération.

Pour le surplus, il indique que l'assurée a d'ores et déjà déposé une nouvelle demande en date du 24 septembre 2024, dont l'instruction a été suspendue jusqu'à droit connu dans la procédure en cours.

h. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 6 mars 2025, lors de laquelle a été entendue la Dre D_____.

Le témoin a confirmé le diagnostic de trouble bipolaire de type II et expliqué en détails en quoi consistait celui-ci et en quoi il se distinguait de celui de trouble bipolaire de type I (notamment le risque accru de suicide).

Le témoin a admis qu'il était difficile d'indiquer à titre rétroactif à partir de quand l'atteinte s'est manifestée. Lorsqu'elle a examiné l'assurée, celle-ci traversait un épisode de dépression d'intensité sévère. Il ressort de l'anamnèse et du dossier que plusieurs épisodes d'hypomanie ont existé préalablement, notamment en 1980 déjà. La Dre E_____ en a également relevé un, sans s'en inquiéter, à la mise en place du CPAP [Continuous Positive Airway Pressure]. Un épisode très net durant l'été 2022 a été rapporté tant par l'assurée que par son époux. Enfin, le CAPPI, en septembre 2023, en a constaté un dont l'intensité a même pu être objectivée sur la base d'une échelle.

Le témoin a indiqué n'avoir jamais pu observer l'assurée en période d'hypomanie, précisant que celle-ci était désormais euthymique, c'est-à-dire sans symptômes d'hypomanie, ni symptômes dépressifs. Entre les deux types d'épisodes peuvent ainsi s'intercaler des épisodes de stabilisation, dont l'objectif est qu'ils durent le plus longtemps possible. En effet, il est impératif de prévenir le risque de rechute, car plus celles-ci sont nombreuses, plus la stabilisation est difficile.

Le témoin a expliqué, s'agissant de la recourante, que le problème n'était pas son état actuel, mais le fait que son contexte professionnel, très stressant, constitue un risque très probable de rechute, raison pour laquelle elle a conclu à une capacité de travail de 0%. Le médecin a souligné, d'une part, que l'assurée avait traversé des épisodes dépressifs très sévères (avec des symptômes psychotiques, des idées suicidaires avec passages à l'acte et hospitalisations), d'autre part, que ces épisodes se sont accélérés au fil du temps (il y en a eu trois en 2023). Le témoin a argué que, vu l'intensité de ces épisodes, les difficultés rencontrées pour stabiliser la patiente et la vulnérabilité de celle-ci au stress, toute reprise de travail est exclue à moyen terme, c'est-à-dire durant quelques années à tout le moins. En effet, pour juger de l'efficacité d'un traitement stabilisateur de l'humeur, il faut au moins deux ans.

Interrogé sur le rapport du Dr C_____, le témoin a précisé que le diagnostic de trouble dépressif caractérisé (cf. page 12 du rapport) ne constitue pas une dénomination reconnue. On parle plutôt de trouble dépressif récurrent en rémission. Qui plus est, l'épisode ne peut pas être à la fois « caractérisé » et « en rémission ». Le témoin a par ailleurs relevé que l'expert n'avait pas investigué les possibles épisodes d'exaltation. Or, un trouble dépressif récurrent et un trouble

bipolaire ne sont pas du tout la même chose. On a ainsi pu constater que l'administration du seul traitement antidépresseur à long terme à des patients bipolaires aggravait le risque de rechute.

i. Par écriture du 1^{er} avril 2025, l'intimé, après avoir demandé une nouvelle fois au SMR de se déterminer, a soutenu que la Dre D_____ semblait justifier son approche de l'incapacité de travail par un risque de rechute plutôt que par un état clinique symptomatique. Il a dès lors persisté dans ses conclusions précédentes.

j. La recourante, dans ses conclusions du 7 avril 2025, a également persisté dans ses conclusions.

Elle souligne que la Dre D_____ a confirmé le diagnostic de trouble bipolaire de type II. Elle reproche à l'expert C_____ de s'être borné à considérer qu'elle ne présentait aucun trouble significatif le jour de l'examen et argue qu'il est possible qu'elle se soit présentée ce jour-là dans un état euthymique, soit un état temporaire dépourvu de symptômes d'hypomanie ou dépressifs. Or, la confusion entre un diagnostic de trouble dépressif récurrent et un trouble bipolaire entraîne des conséquences importantes, puisqu'elle s'est vu administrer un seul traitement antidépresseur à long terme qui a aggravé chez elle le risque de rechute. Or, ainsi que l'a souligné le témoin, il est impératif de prévenir toute rechute, car plus celles-ci se multiplient, plus la stabilisation devient difficile.

La recourante rappelle avoir traversé en 2023 trois épisodes dépressifs très sévères, dont un avec tentative de suicide et hospitalisation.

Elle répète que l'expert est le seul de tous les psychiatres qui l'ont suivie à ne retenir aucun diagnostic incapacitant.

Elle considère que la Dre D_____ a mis en évidence de manière convaincante que le diagnostic retenu par le Dr C_____ n'était pas le bon et qu'il n'y a eu aucune rémission. L'atteinte psychique existait au plus tard durant l'été 2022, soit avant la décision litigieuse. Il n'y a donc pas eu d'aggravation de l'état de santé postérieure à la décision.

k. Par courrier du 5 mars 2026, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise psychiatrique, confiée au Professeur I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur la mission d'expertise et faire valoir d'éventuels motifs de récusation.

l. Aucune n'a fait valoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti. Les questions suggérées par la recourante ont été ajoutées à la mission d'expertise.

m. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il y avait eu amélioration de son état de santé entre le 1^{er} mars 2024 et mi-juin 2024 – date à compter de laquelle l'intimé reconnaît qu'une aggravation a été rendue plausible –, suffisamment durable pour que le droit aux prestations lui soit nié.

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, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en décembre 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 15 juin 2023 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne

justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.4 Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soignée de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_425/2024 du 10 janvier 2025 consid. 4.1).

3.5 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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 I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

4.

4.1 En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante en s'appuyant sur l'avis du SMR, lui-même basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C_____, dont la recourante conteste les conclusions.

4.2 La Cour de céans constate que, bien que le Dr C_____ ait conclu, en date du 11 mars 2024, à une capacité de travail recouvrée à compter du 5 mars 2024, force est de constater que quelques semaines plus tard seulement, le 19 juin 2024, les HUG ont constaté la totale incapacité de travail de la recourante. Le SMR a admis qu'une aggravation avait ainsi été rendue plausible à compter de cette date.

C'est le lieu de rappeler qu'une première fois déjà, en juillet 2023, l'expert appelé à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante avait conclu à une capacité de travail devant s'améliorer, ce que les faits étaient venus contredire, l'assurée ayant, au contraire, fait une rechute grave.

Dans ces circonstances, les explications détaillées et convaincantes de la Dre D_____, quant à la fluctuation extrême de l'état de la recourante et aux difficultés à stabiliser durablement son état de santé psychique, apparaissent d'autant plus convaincantes.

Se pose dès lors la question de savoir si « l'amélioration » retenue par l'intimé en mars et juin 2024 était réellement avérée et, surtout, susceptible d'être durable.

Constatant à l'instar de la recourante que l'opinion du Dr C_____ apparaît par ailleurs contredite par celle de tous les autres spécialistes s'étant exprimés dans le dossier, il apparaît nécessaire à la Cour de céans d'investiguer la situation dès lors que des doutes peuvent légitimement apparaître quant aux conclusions du second expert s'étant prononcé dans le dossier.

4.3 Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire sur le plan psychiatrique.

Celle-ci sera confiée au Professeur I_____, à l'endroit duquel les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise de la recourante.
- Commet à ces fins le docteur I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status et constatations objectives**
 - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.1 Dates d'apparition
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable ?
- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

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

a) psychique

b) mental

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

9. Capacité de travail

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

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

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

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

9.2.3 Y a-t-il eu amélioration durable de la capacité de travail en mars 2024 ?

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

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué au fil du temps depuis 2022 ?

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

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

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

- 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail à compter de mars 2024 ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Même question concernant les autres avis médicaux versés au dossier (Dre D_____ en particulier, mais également les Drs E_____, F_____, G_____).
- 11.3 Plus particulièrement, est-il possible de déterminer depuis quand la personne expertisée présente ce trouble bipolaire de type II ?
- 11.4 A cet égard, partagez-vous l'avis de la Dresse D_____ (rapport du 13 novembre 2024) selon lequel le trouble bipolaire de type II diagnostiqué chez la personne expertisée était présent et décelable avant la décision de l'assurance-invalidité du 7 juin 2024 ?
- 11.5 Partagez-vous l'avis de la Dresse D_____ (procès-verbal d'audition du 6 mars 2025, p. 2 et 3) selon lequel la personne expertisée ait pu se présenter à l'expertise du Dr C_____ dans un état euthymique, soit un état temporaire sans symptôme d'hypomanie ou dépressif ?
- 11.6 Partagez-vous l'avis de la Dresse D_____ (procès-verbal d'audition du 6 mars 2025, p. 2) selon lequel il est impératif de prévenir toute rechute chez la personne expertisée, car plus celles-ci sont nombreuses, plus la stabilisation est difficile ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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