

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2882/2024

ATAS/582/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 8 août 2025**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Aliénor WINIGER, avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente.**

---

### **EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante) est née le \_\_\_\_\_ 1978 et ressortissante portugaise. Elle est divorcée depuis 2016 et mère de deux filles, nées en 2006 et 2011.
- b.** Elle est esthéticienne de formation et a travaillé à plein temps du 1<sup>er</sup> mai 1993 au 31 décembre 2000 pour B\_\_\_\_\_, avant de donner son congé en raison de rapports conflictuels.
- B.**    **a.** Le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué le 24 août 2000 que l'assurée souffrait d'un état dépressif important, d'une éventuelle anorexie, de problèmes existentiels et d'une gastrite chronique et qu'elle était totalement incapable de travailler dès le 4 février 2000.
- b.** L'assurée a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 12 juin 2001.
- c.** Le 19 juillet 2001, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif sévère ainsi que de migraines et qu'elle était incapable de travailler à 100% dès le 8 juin 2000.
- d.** Par contrat du 27 août 2001, l'assurée a été engagée comme employée temporaire par E\_\_\_\_\_, en mission auprès de l'entreprise F\_\_\_\_\_, comme préparatrice de commandes dès le lendemain.
- e.** L'assurée a eu un accident de voiture le 28 août 2002 au Portugal, lors duquel elle a subi des fractures.
- f.** Elle a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 7 novembre 2003.
- g.** Il ressort d'un rapport d'examen clinique pluridisciplinaire établi le 1<sup>er</sup> juillet 2004 par le SMR que l'assurée avait subi de possibles sévices sexuels par une personne de son entourage immédiat à l'âge de 8-9 ans. Après une scolarité normale, elle s'était installée en Suisse en 1993 et, dès 1995, elle avait noué une relation sentimentale avec son futur mari. Son vécu persécutoire avait refait surface et l'assurée développait progressivement une symptomatologie anxio-dépressive qui avait abouti à trois tentatives de suicide, suivies d'une hospitalisation en milieu psychiatrique et d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire. Sous traitement médicamenteux (antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques) et avec une psychothérapie de soutien, son état s'était amélioré.
- Le SMR retenait, sur la base de son observation clinique, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission, depuis août 2001. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic n'était pas retenu. La fatigue décrite par l'assurée et une certaine rigidité étaient réactionnelles à un médicament neuroleptique qui devrait être discuté avec son médecin traitant.

Elle avait subi lors de son accident de 2002 une fracture pluri-fragmentaire du 5<sup>ème</sup> métacarpien de la main droite dont l'évolution avait été défavorable. Une arthrodèse avait été pratiquée le 3 juin 2003. Il n'y avait plus de séquelle de ce traumatisme selon l'assurée. Cependant, elle présentait quatre à cinq mois après l'accident des nuqualgies s'étendant progressivement aux épaules puis au corps entier, lesquelles étaient exacerbées par l'activité physique et devenaient invalidantes selon l'assurée. Le diagnostic de fibromyalgie était seulement possible. L'assurée présentait des dorso-lombalgies depuis l'enfance dans le cadre d'une scoliose congénitale, lesquelles avaient été aggravées par l'accident pendant six mois au maximum. Elle ne présentait plus aucune séquelle organique et fonctionnelle de cet accident.

Elle avait été totalement incapable de travailler depuis le 8 février 2000 et à 20% dès août 2001 sur le plan psychiatrique et depuis le 18 août 2002 sur le plan rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, elle était incapable de travailler à 20% depuis août 2001 et sur, le plan rhumatologique, à 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, principalement en raison des troubles statiques du rachis dorso-lombaire.

Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2003.

La capacité de travail exigible était de 80% dans une activité adaptée dès août 2001.

**h.** Le 12 avril 2005, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assurée un reclassement professionnel (prise en charge de cours du 15 avril au 27 mai 2005 à l'Académie de langues et de commerce).

**i.** Au terme de la mesure, il a constaté, le 19 août 2005, qu'il ne subsistait aucune invalidité, l'assurée ayant acquis les compétences nécessaires pour faire valoir sa pleine capacité de travail en qualité de secrétaire.

**j.** Par décision du 16 septembre 2005, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 8 juin au 31 août 2001, car elle avait repris une activité professionnelle à cette date.

**C. a.** Le 12 décembre 2019, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

L'OAI a récolté des rapports médicaux, notamment du docteur G\_\_\_\_\_, médecine générale, et de la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**b.** Une expertise a été effectuée par le I\_\_\_\_\_ (ci-après : I\_\_\_\_\_) le 21 octobre 2021 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et N\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP. Les experts ont retenu, de façon consensuelle, de nombreux diagnostics, notamment une fibromyalgie dès 2002, des troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés cervicaux et lombaires, un status après

mise en place de prothèses discales et cervicales (2008 et 2013), des lombosciatalgies, des troubles statiques du rachis, une bursite sous-acromiale droite en 2019, un status après fracture des quatrième et cinquième métacarpiens droits en 2002 et une arthrodèse en 2003, une privation de relation affective pendant l'enfance, des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à une enfant, une agression physique par la force (attouchements et viols à 7-8 ans), une boulimie avec vomissements anciens, des difficultés dans les rapports avec l'ex-conjoint, un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline, des troubles anxio et dépressifs mixtes, un syndrome douloureux somatoforme persistant et des troubles neuropsychologiques légers. Les experts retenaient une capacité de travail dans l'activité habituelle de 80% en raison d'une limitation du rendement de 20%, uniquement dans une activité administrative exigeante au plan cognitif et plus spécifiquement mnésique. Dans une activité manuelle, peu exigeante au plan cognitif ainsi que dans une activité administrative simple, peu changeante et sollicitant peu la mémoire, la capacité de travail était entière, sans port de charge régulier et avec des changements relativement fréquents de positions assise et debout. Les troubles neuropsychologiques diagnostiqués limitaient le rendement dans une activité telle que celle d'assistante administrative pour autant que le cahier des charges soit exigeant au plan mnésique notamment.

**c.** Le 13 décembre 2021, le SMR a retenu que les limitations fonctionnelles à prendre en compte dataient depuis au moins 2013, date de l'intervention chirurgicale sur le rachis cervical et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions des experts qui reposaient sur la jurisprudence en vigueur.

**d.** Par projet de décision du 24 février 2022, l'OAI a informé l'assurée que sa demande était rejetée. Elle avait déposé une demande de prestations le 12 décembre 2019. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI lui reconnaissait une incapacité de travail de 20% dans son activité habituelle dès 2013 (début du délai d'attente) et considérait que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 100% dès cette date. La comparaison des gains effectuée donnait un degré d'invalidité de 28% qui ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, il s'avérait qu'un nombre significatif de celles-ci étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles et ne nécessitaient dès lors pas son intervention par le biais d'une orientation professionnelle.

Un reclassement professionnel ne serait pas de nature à réduire le dommage de manière notable dans la mesure où il ne permettrait pas d'augmenter sa capacité de gain.

L'assurée ne présentait pas de limitations spécifiques liées à son atteinte à la santé compromettant la recherche d'un emploi, de sorte que le droit à une aide au placement ne lui était pas ouvert.

**e.** Le 17 mars 2022, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI, faisant valoir que son état s'était aggravé sur le plan de la rhumatologie, de la psychiatrie et de la médecine générale. Ses médecins traitants appuyaient sa démarche.

**f.** La docteure O\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a indiqué à l'OAI, le 1<sup>er</sup> avril 2022, que l'assurée était totalement incapable de travailler et que cela était déjà le cas en 2021, en raison de son atteinte rachidienne et périphérique, des douleurs chroniques invalidantes et de la fatigue que cela engendrait. Elle était aussi atteinte sur le plan psychologique au niveau de la thymie, avec un ralentissement psychomoteur.

La situation s'était aggravée avec des faiblesses et des lâchages des membres inférieurs. En effet, l'assurée était tombée à plusieurs reprises et, en novembre 2021, elle s'était ainsi fracturée la vertèbre L1. Plus récemment, elle s'était fracturée un métatarse. Un bilan osseux était prévu ainsi qu'un examen clinique approfondi.

**g.** Le Dr G\_\_\_\_\_ a également contesté la décision de l'OAI. Selon lui, la souffrance physique et mentale de l'assurée l'empêchait totalement de travailler. Son autonomie à se mouvoir était de plus très aléatoire. Elle chutait fréquemment avec des dommages corporels, qui ne faisaient qu'accentuer ses handicaps et son « mal vivre ». Il était nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise.

**h.** Le 2 avril 2022, la Dre H\_\_\_\_\_, a également contesté la décision de l'OAI, indiquant que l'état clinique de l'assurée s'aggravait avec une symptomatologie de plus en plus dépressive et algique. Elle devenait plus adynamique et dépendante de ses enfants et était totalement incapable de travailler de manière durable.

**i.** Le 6 avril 2022, le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué avoir vu l'assurée en consultation le 31 mars 2022 pour un traumatisme du Chopart avec notamment une atteinte du ligament talo-naviculaire dorsale du pied droit survenu à mi-décembre environ, qui avait bien évolué.

Deux semaines après la sortie de la botte, à fin janvier environ, elle avait développé des douleurs au niveau du bord latéral de son pied, en raison d'une fracture du troisième métatarsien mise en évidence par une IRM du 25 mars 2022. Par ailleurs, elle avait une arthrose évoluée au niveau de ses métatarsophalangiennes, de sorte qu'elle décalait ses appuis sur la colonne externe du pied en marchant, ce qui la faisait beaucoup souffrir.

**j.** Le 9 mai 2022, alors que l'assurée marchait à plat, son membre inférieur gauche avait lâché et elle avait tapé le visage contre le mur avec un impact sur le nez et une impression d'hyperextension de la nuque.

**k.** Le 11 mai 2022, le SMR a maintenu sa position.

**l.** Par décision du 12 mai 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision.

**m.** Le 22 juin 2022, l'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

**n.** Le 25 juillet 2022, elle a fait l'objet d'une intervention chirurgicale pour une décompression bilatérale L3-L4 avec abord unilatéral à gauche, en raison d'un rétrécissement canalaire L3-L4 avec sténose récessale et foraminale L3-L4 à gauche.

**o.** Par avis du 28 juillet 2022, le SMR a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était clairement aggravé depuis l'expertise.

**p.** Sur cette base, l'intimé a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire.

**q.** Par arrêt du 31 août 2022 (ATAS/762/2022), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

**D. a.** Le 9 novembre 2022, le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée étaient un syndrome douloureux chronique ainsi que la persistance de cervicalgies et de lombalgies. L'évolution était stationnaire avec la persistance d'un syndrome douloureux chronique. La compliance médicamenteuse était bonne. Les restrictions fonctionnelles étaient une difficulté dans les rotations de la nuque ainsi qu'à se pencher en avant, un périmètre de marche limité et l'impossibilité de porter des charges lourdes. L'assurée passait l'essentiel de ses journées à la maison. Elle était capable de faire quelques courses légères. Elle n'avait pas de loisirs ni d'activité sociale particulière. Elle était bien entourée par ses enfants qui habitaient avec elle et s'occupaient du ménage. Ses ressources disponibles étaient ses enfants. Elle n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison de la persistance de son syndrome douloureux chronique, même dans une activité adaptée.

**b.** Dans un rapport établi le 21 novembre 2022, la Dre O\_\_\_\_\_ a indiqué que les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient des rachialgies chroniques sur troubles dégénératifs, une cervicobrachialgie droite avec tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite minime, des douleurs de l'épaule et une fibromyalgie. Elle n'avait vu la patiente que deux fois en 2021 et le suivi était plus régulier depuis le mois de mars. Elle notait une discrète amélioration depuis l'intervention de juillet, sur le plan de la mobilisation, qui était un peu meilleure. Sur le plan psychologique, l'assurée semblait un peu plus positive et motivée depuis que la cruralgie gauche s'était améliorée. Par contre, il restait des douleurs chroniques multiples et des difficultés importantes sur le plan fonctionnel. Elle restait très limitée en raison des cervico-brachialgies qui l'empêchaient de porter

des charges et parfois de se laver les cheveux ou de se coiffer. Elle était limitée à la marche par les lombosciatalgies bilatérales et dans la station assise prolongée. Durant les consultations, elle se levait souvent pour changer de position. Elle commençait ses journées par faire quelques exercices avant de se lever du lit puis aller prendre une douche chaude, ce qui l'aidait à se détendre. Elle reprenait une douche deux à trois fois par jour. Elle faisait peu de ménage, sortait très peu, car elle avait peur de chuter, et essayait de faire quelques exercices de tonification musculaire. Ces filles âgées de 16 et 11 ans l'aidaient beaucoup à la maison et pour les courses. L'assurée n'était pas capable de travailler dans son activité d'employée de commerce qu'elle avait arrêté en 2008, en raison de ses douleurs de la nuque, de l'impossibilité de rester assise plus de 15 minutes en raison des lombalgies et de troubles de la concentration. Dans une activité ne nécessitant pas le port de charges, lui permettant de changer de position et ne nécessitant pas une grande concentration, sa capacité de travail était de 20%.

**c.** Le 10 décembre 2022, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était totalement incapable de travailler même dans une activité adaptée. La tenue du ménage et la préparation des repas ainsi que le nettoyage étaient difficiles. Elle avait des douleurs à chaque instant. Son instabilité en position debout, avec un risque de chute et de traumatisme grave, faisait obstacle à sa réadaptation professionnelle.

**d.** Le 12 février 2023, la Dre H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Elle était sombre, lucide, avec une estime d'elle-même faible et une culpabilité importante, des idées suicidaires fréquentes sans passage à l'acte, un discours centré sur ses filles, ses douleurs et ses symptômes psychiques, une pensée rigide et rétrécie, sans investissements extérieurs et avec une anhédonie et une aboulie complètes.

Elle essayait le plus souvent de se réveiller en même temps que ses filles. Elle les regardait prendre le petit-déjeuner et débarrassait la table, puis elle se recouchait ou restait assise dans un fauteuil. Le même scénario se répétait pour le repas du midi, puis du soir. Elle faisait sa toilette tous les jours. Elle n'utilisait plus son corps autrement que comme un corps handicapé. Elle était par contre présente psychiquement pour ses filles, avec lesquelles elle parlait et qu'elle soutenait du mieux qu'elle le pouvait. Elle n'avait jamais eu de loisirs ni d'activité sociale et ne faisait plus ménage depuis environ une année. Elle était totalement inactive et désengagée de tous les domaines.

Il s'agissait d'une femme intelligente et apte à la communication, mais avec une inaptitude émotionnelle complète. Celle-ci l'empêchait de s'insérer dans une activité lucrative qu'elle soit solitaire ou groupale. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité. Le traitement médicamenteux psychotrope n'avait eu que peu d'effet comme c'était le cas chez les patients avec une structure psychique gravement dysfonctionnelle.

e. L'OAI a fait procéder à une nouvelle expertise neurologique, rhumatologique et psychiatrique de l'assurée par la docteure R\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et le docteur U\_\_\_\_\_ spécialiste en neurologie, de V\_\_\_\_\_.

Dans leur évaluation consensuelle du 23 octobre 2023, les experts ont retenu un grand nombre de diagnostics dont des atteintes somatiques, plus une fibromyalgie de degré sévère, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble de stress post-traumatique complexe et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.

Les limitations fonctionnelles rhumatologiques étaient : la nécessité d'un emploi sédentaire permettant d'alterner les stations assise et debout, de changer de position et de réaliser de courtes pauses.

Les limitations neurologiques étaient : pas de ports de charges au-delà de 5 kg, de positions en porte-à-faux du tronc, pas de sollicitations répétées de la nuque en rotation, extension flexion, pas de nécessité d'appliquer une force de préhension des mains soutenues, pas de nécessité de monter ou descendre des escaliers de façon répétée, ni de monter sur un escabeau ou une échelle ou d'élever les bras au-dessus des épaules.

Sur le plan psychiatrique : pas de gestion du stress et des émotions qui pouvaient favoriser l'expression douloureuse.

Le travail habituel respectait les limitations fonctionnelles.

La personnalité de l'expertisée avait été modifiée par un trouble post-traumatique complexe, ce qui pouvait avoir une incidence sur ses ressources. Elle disposait d'une expérience en tant qu'esthéticienne et employée administrative, mais elle n'avait pas eu d'activité professionnelle durable ni aucun projet professionnel. Elle maîtrisait le français et le portugais et avait des bases en anglais et en informatique. Elle ne sortait de chez elle que rarement et accompagnée. Elle avait des difficultés à planifier, structurer les tâches et se projeter dans l'avenir. Sa journée était ritualisée sans intérêts majeurs. Elle avait des difficultés d'adaptation et de flexibilité mentale et s'était enfermée dans un processus ritualisé où l'activité spontanée était quasiment inexistante. Ses ressources internes étaient très limitées, de même que ses ressources externes, puisqu'elle n'avait pas de support familial en dehors de ses deux filles de 12 et 17 ans, qui géraient l'ensemble des tâches quotidiennes. Elle n'avait plus aucune vie sociale, pas d'activités de loisirs ni de cercles amicaux.

La capacité de travail était de 80% sur le plan rhumatologique dans l'activité d'employée administrative et de secrétariat depuis 2008, date de la première chirurgie du rachis cervical avec une perte de rendement de 10% dès 2013, 20% dès 2019 et 30% dès 2022, du fait d'une péjoration progressive des douleurs dans les suites des reprises chirurgicales cervicales en 2013 et 2019 puis de la chirurgie

du rachis lombaire en 2022 avec une fatigabilité chronique multifactorielle, soit une capacité de travail de 80% dans l'activité exercée jusqu'ici dès 2008, puis 72% dès 2013, 64% dès 2019 et 56% dès 2022 avec une incapacité complète de six mois à l'issue de chaque chirurgie.

Sur le plan neurologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle était conservée avec une perte d'endurance essentiellement liée à l'état de fatigue en corrélation avec la prise de médicaments, soit une capacité de travail de 80% avec une perte de rendement lié à la prise de médicaments de l'ordre de 20%, soit une capacité de travail résiduelle de 64% dès quatre mois après l'intervention de 2013, puis 0% de mars à juillet 2019 (opération cervicale et temps de récupération), puis 64%, puis 0% le 27 juillet 2022 jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2022 (temps de récupération de l'intervention lombaire) puis 64%.

Sur le plan internistique, la capacité de travail était entière depuis toujours dans l'activité habituelle.

Sur le plan psychiatrique, un syndrome douloureux somatoforme persistant existait depuis de nombreuses années sans empêcher l'assurée de travailler. Sa capacité de travail était donc de 100% depuis toujours, à l'exception des hospitalisations pour des épisodes dépressifs sévères, jusqu'en août 2022, date où l'assurée avait vu son psychiatre. Elle avait commencé à s'isoler et son état dépressif s'était aggravé. Le syndrome douloureux somatoforme persistant était la cause principale des limitations fonctionnelles. Depuis août 2020, la capacité de travail était de 50% par baisse de rendement de 50% et au horaire de 100%.

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée était de 100% depuis toujours avec une perte de rendement de 10% dès 2013, de 20% dès 2019 et de 30% dès 2022, du fait d'une péjoration progressive des douleurs dans les suites des reprises chirurgicales cervicales en 2013 et 2019 puis de la chirurgie du rachis lombaire en 2022 avec une fatigabilité chronique multifactorielle. Soit une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée jusqu'en 2013, 90% dès 2013, 80% des 2019 et 70% dès 2022, avec une incapacité complète de six mois à l'issue de chaque chirurgie.

Sur le plan neurologique, pour les mêmes raisons, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80% avec une perte de rendement de 20%, soit une capacité de travail résiduelle de 64% dès quatre mois après l'intervention de 2013 puis de 0% de mars à juillet 2019 (opération cervicale et temps de récupération) puis 64%, puis 0% du 27 juillet au 1<sup>er</sup> décembre 2022 (temps de récupération de l'intervention lombaire) puis 64%.

Sur le plan psychiatrique pour les mêmes raisons, depuis août 2020, elle était capable de travailler dans une activité adaptée à 50% par baisse de rendement de 50% et aux horaires de 100%.

En consensus, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 64% dès 2013, avec une période d'incapacité de six mois après chaque chirurgie.

**f.** Par avis du 1<sup>er</sup> novembre 2023, le SMR a suivi les conclusions de l'expertise du V\_\_\_\_\_, retenant en particulier que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 0% dès juin 2013, 64% dès novembre 2013, 0% dès mars 2019, 64% dès août 2019, 0% dès le 27 juillet 2022 et 64% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023 de façon définitive.

**g.** Par décision du 4 juillet 2024, l'intimé a octroyé à l'assurée le droit à une rente de 30% d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024. À l'issue de son instruction médicale, il lui reconnaissait une incapacité de travail totale dans toute activité dès juin 2013 (début du délai d'un an). Dès novembre 2013, il estimait que sa capacité de travail était de 80% dans toute activité et qu'il y avait lieu de prendre en compte une baisse de rendement de 20% dans toute activité également. Son taux d'invalidité était de 36%, ce qui ne lui donnait pas le droit à une rente.

L'assurée avait présenté une nouvelle incapacité de travail totale dès mars 2019 (début du délai d'attente d'un an). Suite à une amélioration de son état de santé, sa capacité de travail était de 80%, avec une baisse de rendement de 20% en plus, dans toute activité dès août 2019. Le taux d'invalidité était de 36%, ce qui ne lui donnait pas le droit à une rente d'invalidité.

Enfin, l'OAI reconnaissait à l'assurée une nouvelle incapacité de travail totale dès le 27 juillet 2022 (début du délai d'attente d'un an).

Son état de santé s'était amélioré dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023 et sa capacité de travail était alors de 80% dans toute activité avec une baisse de rendement de 20% dans toute activité adaptée à son état de santé. Son taux d'invalidité était de 36%, ce qui ne lui donnait pas le droit à une rente.

Suite à une modification du règlement de l'assurance-invalidité en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, une déduction forfaitaire de 10% était opérée sur les valeurs statistiques salariales du revenu avec invalidité dans les situations où la personne ne pouvait travailler qu'avec une capacité fonctionnelle dès 51%, ce qui était le cas de l'assurée.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, son degré d'invalidité était en conséquence de 42%, ce qui lui ouvrait le droit à une rente de 30% d'une rente entière.

- E.**
- a.** L'assurée a formé recours contre la décision précitée le 9 juin 2024, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès décembre 2020, avec suite de dépens.
  - b.** Par réponse du 8 octobre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.
  - c.** Le 7 novembre 2024, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport établi le 4 novembre 2024 par le Dr G\_\_\_\_\_.
  - d.** Sur la base d'un avis du SMR du 21 novembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions, considérant que l'expertise du V\_\_\_\_\_ n'était pas remise en cause par les rapports médicaux de ses médecins traitants.

e. Les parties ont été entendues lors d'une audience du 7 mai 2025. La recourante a déclaré : « J'estime ne pas être capable de travailler du tout pour des raisons physiques et psychiques. Cela fait des années que je dors mal en raison des douleurs, je me réveille avec des douleurs, je dois me lever plusieurs fois la nuit pour bouger un peu à cause des douleurs. J'ai mal en particulier au bas du dos et au niveau des cervicales. Ce sont des douleurs qui sont tout le temps là. Je me suis cassé un pied, au début je pensais que c'était une crise de fibromyalgie, j'ai été consulter lorsque mon pied est devenu foncé. Parfois je ne peux pas me doucher seule ni m'habiller seule. Je dépends de mes enfants. J'ai deux filles de 19 et 14 ans qui m'aident beaucoup. Sans elles, je ne pourrais pas avoir une vie digne, parfois je ne peux pas me nourrir ou sortir du lit. Les douleurs se sont intensifiées après ma deuxième opération. J'ai été opérée trois fois des cervicales et la dernière fois c'était les lombaires. L'hôpital voulait faire une deuxième opération au niveau des lombaires mais mon neurologue le déconseille, il est préférable de ne plus rien toucher vu les résultats des opérations précédentes. Je prends des médicaments tous les jours. Ce sont des médicaments forts, notamment du Palexia, cela a un impact important sur ma concentration, j'oublie les choses, je perds la notion des jours, je dois demander à mes filles de me rappeler mes rendez-vous. Les douleurs varient, certains jours cela va mieux, je peux me lever toute seule du lit. Je prends le Palexia tous les jours, c'est la réserve de ce médicament que je ne prends pas quand je vais mieux (*la recourante se lève et a de la peine à tourner la tête*). Je prends beaucoup de douches chaudes et cela me soulage. Je ne fais plus de physiothérapie, je ne sors presque plus du tout. J'essaie d'aller aux rendez-vous de médecin mais souvent je les annule. J'ai peur de sortir de chez moi car je fais des chutes en raison de ma jambe gauche qui me lâche. Je me suis déjà cassé le nez, les deux pieds et tassé une vertèbre, je fais très souvent des chutes, je peux tomber sur les fesses. La plupart du temps je passe mes journées à pleurer en attendant le retour de mes filles, elles m'aident et me massent pour soulager mes douleurs. Je n'arrive pas à regarder la télévision. Je fais des petits pas dans la maison pour soulager mes douleurs. J'ai très mal au niveau des poignets, ce qui ne me permet pas d'utiliser une canne. J'en utilise quand je le peux mais j'ai des douleurs dans tous le bras droit et beaucoup de fourmillements. Je ne peux pas compter sur ma main. J'ai moins de fourmillements du côté gauche mais je suis droitnière. Je ne sors pas de la maison, je ne vois personne. J'ai mes parents qui vivent au Portugal définitivement. Je n'ai pas de contact téléphonique sauf avec mes parents. J'ai un frère mais cela fait des années que nous n'avons pas de contact.

Lors de l'expertise au V\_\_\_\_\_, j'ai eu beaucoup de mal avec le psychiatre, je ne me sentais pas en sécurité pour discuter des viols que j'ai subis quand j'étais petite, je ne me sentais pas à l'aise avec lui. C'était très rapide.

Je vois la Dre H\_\_\_\_\_ tous les mois (*la recourante se lève*).

Avant je la voyais toutes les semaines, puis tous les quinze jours et maintenant tous les mois. On fait la consultation par téléphone car j'ai de la difficulté à me déplacer. Aujourd'hui ma fille aînée m'a accompagnée puis elle a été en classe, elle est au collège Calvin. Pour rentrer je pense que je vais appeler un taxi car je ne suis pas en état.

Je me sens en sécurité avec la Dre H\_\_\_\_\_, elle me suit depuis des années, nous faisons parfois de l'hypnose, je peux m'exprimer avec elle, m'ouvrir, je peux toujours la joindre.

Ce n'est pas évident pour mes filles de me soutenir mais nous avons un très bon rapport et elles sont d'un grand soutien.

J'ai pensé plusieurs fois à en finir car ma situation est difficile avec les douleurs mais je souhaite être là pour mes filles (*la recourante pleure*) ».

**f.** Par courrier du 25 juin 2025, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, à savoir le docteur W\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

**g.** Par courrier du 15 juillet 2025, l'intimé s'est opposé à l'expertise, estimant qu'elle ne se justifiait pas, précisant qu'au cas où elle serait ordonnée, il n'avait pas de motifs de récusation de l'expert désigné ni questions complémentaires.

**h.** Le 17 juillet 2025, la recourante a indiqué ne pas avoir de motifs formels de récusation contre l'expert désigné, mais qu'il serait plus opportun de désigner une experte, qui permettrait vraisemblablement à la recourante d'être plus à l'aise et libre dans ses paroles car elle avait eu beaucoup de difficultés à s'exprimer sur les viols subis dans son enfance auprès du dernier expert psychiatre.

En outre, au vu des atteintes rhumatologiques qu'elle présentait et du fait que le dernier rapport d'expertise était incomplet, s'agissant notamment des cruralgies avec une atteinte motrice du membre inférieur gauche, elle estimait que l'expertise devait comporter un volet rhumatologique. De plus, vu ses atteintes cognitives confirmées par les bilans neuropsychologiques, un examen neuropsychologique était nécessaire.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances

sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

**3.**

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

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

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations a été déposée en le 12 décembre 2019, en raison d'une incapacité de travail totale. Il en résulte qu'un éventuel droit à une rente d'invalidité pourrait naître antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Il y aura lieu de se référer aux nouvelles dispositions, si un droit à une rente n'a pris naissance qu'après le 31 décembre 2021.

**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).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une

demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

**3.3** 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 fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10, M79.0). Elle est caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Les critères diagnostiques, établis pour la première fois par l'American Rheumatism Association, sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche, à la fois au-dessus et en dessous de la taille, durant au moins trois mois, ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins 11 points douloureux ("tender points") sur 18. Si les symptômes fibromyalgiques se manifestent de la même manière sous les deux formes, celle secondaire - qui est trois fois plus répandue dans la population - se distingue de celle primaire par le fait qu'elle se trouve associée à d'autres maladies (par exemple des maladies dégénératives rhumatismales). Aucune étiologie n'a pu être clairement établie pour la forme primaire de la fibromyalgie, dont le diagnostic est posé par exclusion (tender points douloureux en l'absence de tout autre maladie, en particulier inflammatoire) (ATF 132 V 65).

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).

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).

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

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

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur

un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. 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).

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

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

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

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

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure 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.

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).

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

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

#### 4.

**4.1** En l'espèce, la recourante fait valoir que le rapport d'expertise du V\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2023 ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle relève notamment que selon les experts, elle aurait une capacité de travail dans une activité adaptée de 64% dès 2013, avec une période d'incapacité totale de six mois après chaque chirurgie. Toutefois, l'expert psychiatre avait retenu une capacité de travail de 50% pour cette seule spécialité. Il existait donc une contradiction entre les observations des experts en consensus et les observations de l'expert psychiatre. En effet, la présence de comorbidités et de multiples pathologies couplées à de nombreux troubles psychiatriques ne devait pas mener à une capacité de travail de 64%, tous domaines confondus. Les experts ne semblaient pas avoir réellement discuté de son état de santé ni de sa capacité de travail. L'expertise consensuelle ne constituait qu'une agrégation de différents paragraphes des autres et n'analysait pas les interférences entre ses différentes pathologies.

L'intimé fait valoir que l'expert psychiatre avait effectué son appréciation du cas avant l'appréciation consensuelle des experts et que celle-ci pouvait aboutir à une adaptation de la capacité de travail.

La chambre de céans estime, comme la recourante, que la conclusion consensuelle des experts n'est pas convaincante, faute d'explication de ceux-ci permettant de comprendre pour quel motif la capacité de travail établie par l'expert psychiatre serait finalement de 65% et non de 50%.

La chambre de céans relève également une contradiction dans le rapport de l'expert psychiatre, qui indique en page 45 de l'expertise qu'à partir de février 2020, la recourante était totalement incapable de travailler, relevant en particulier un épuisement des ressources internes et externes, avec une journée type qui témoignait d'un effondrement des relations sociales, tout en retenant au final une capacité de travail de 50%.

Par ailleurs, il ressort de la motivation de l'expertise psychiatrique que la recourante semble remplir un nombre conséquent des indicateurs de gravité

développés par le Tribunal fédéral et que les conclusions de l'expert sur la capacité de travail apparaissent peu compatibles avec ses propres constats.

L'expert psychiatre a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant qui s'était aggravé récemment avec un impact dans tous les domaines de la vie de la recourante, et qui était favorisé par un trouble de stress post-traumatique complexe et un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen et des idées suicidaires passives, une humeur triste, des idées noires, de l'anxiété, une baisse d'élan vital et une perte d'intérêt. Cela démontre une atteinte d'une gravité conséquente, de même le fait que, selon l'expert, elle était détachée du monde extérieur, présentait une rigidité et était cristallisée autour de ses symptômes douloureux immuables.

Selon l'expert, la recourante arrivait encore à prendre du plaisir à lire, ce qui paraît contestable, dans la mesure où elle lui avait indiqué qu'elle essayait de lire un livre mais qu'elle avait beaucoup de mal à se concentrer.

L'expert a mentionné que la recourante avait subi des viols entre l'âge de 6 et 13 ans, qu'elle utilisait ses filles comme des objets narcissiques et qu'elle planifiait de se suicider lorsque celles-ci ne vivraient plus avec elle. Il a indiqué rejoindre les conclusions de la psychiatre de la recourante, qui considérait qu'à partir de février 2020, celle-ci était totalement incapable de travailler, relevant qu'elle ne faisait quasiment plus rien, qu'elle n'avait plus de contacts sociaux, qu'il n'y avait aucune possibilité d'évolution et une aggravation de son état depuis février 2020, par un épuisement des ressources externes et internes avec une journée type qui témoignait d'un effondrement des relations sociales. L'on voit mal comment il pouvait, au vu de ces circonstances, retenir une pleine capacité de travail de la recourante, au seul motif qu'elle était capable de maintenir quelques activités quotidiennes et qu'elle avait encore quelques ressources.

Selon l'expert, le traitement par Duloxétine pouvait être augmenté à 120 mg par jour pour limiter la souffrance morale, mais concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant et le trouble de stress post-traumatique, les chances d'amélioration étaient nulles. L'expertisée s'était enfermée dans un mode de fonctionnement où elle s'était isolée et ne sortait pas. Elle avait une passivité dans sa volonté à pouvoir guérir inhérente au trouble de stress post-traumatique complexe. De ce fait, le travail psychothérapeutique n'avait que très peu de chances d'améliorer sa situation. Selon le rapport de la Dre H\_\_\_\_\_ du 12 février 2023, le traitement médicamenteux psychotrope n'avait eu que peu d'effets, comme c'était le cas chez les patients avec une structure psychique gravement dysfonctionnelle.

Vu l'absence d'évolution positive malgré la bonne coopération de la recourante, le pronostic apparaît négatif.

Au vu de ces éléments, des rapports de la Dre H\_\_\_\_\_ qui retient une incapacité totale de travail de la recourante et après l'audition de cette dernière, la chambre de céans, retient qu'il apparaît douteux qu'il puisse être exigé d'elle une activité professionnelle à 100%, et même à 50%, de sorte que l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ n'apparaît pas probante et qu'il se justifie de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

**4.2** La recourante estime qu'il serait plus opportun de désigner une experte, au motif qu'elle serait plus à l'aise avec une femme pour s'exprimer sur les viols subis dans son enfance.

Lors de son audition devant la chambre de céans, la recourante a déclaré avoir eu beaucoup de mal avec le psychiatre du V\_\_\_\_\_, en particulier pour discuter des viols qu'elle avait subis, car elle ne s'était pas sentie à l'aise avec lui et que cela avait été très rapide. Il en ressort que sa gêne était davantage due à la personne de l'expert qu'au fait que c'était un homme. La chambre de céans considère qu'il ne se justifie pas, pour ce seul motif, de désigner une experte, ce qui engendrerait une perte de temps conséquente.

La chambre de céans rejettera également la demande de la recourante tendant à compléter la mission d'experte, car le volet psychiatrique apparaît déterminant, puisque l'expert psychiatre du V\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport préalable aux conclusions consensuelles, une capacité de travail plus réduite que les autres experts, en précisant que le syndrome douloureux somatoforme était la cause principale des limitations fonctionnelles de la recourante. Par ailleurs, des cruralgies avec une atteinte motrice du membre inférieur gauche de celle-ci, si elles étaient établies, ne seraient pas de nature à influencer sur les limitations fonctionnelles déjà retenues par l'expert rhumatologue du V\_\_\_\_\_, à savoir la nécessité d'un emploi sédentaire.

La chambre de céans a enfin déjà prévu de laisser à l'expert décider de la nécessité d'un bilan neuropsychologique complémentaire (cf. ch. 3D de la mission d'expertise), de sorte qu'elle n'entend pas non plus compléter l'expertise sur ce point

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

**Statuant préparatoirement :**

1. Ordonne une expertise psychiatrique d'A\_\_\_\_\_.
2. Commet à cette fin le docteur W\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
3. 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, par exemple un examen neuropsychologique.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
  2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
  3. Quels sont les status clinique et les constatations objectives ?
  4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

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

    - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
    - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
    - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
    - 4.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
    - 4.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?
    - 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert,

allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

4.8 Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ?

## 5. Ressources

5.1 De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?

5.2 Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

5.3 Si oui, 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 (motivez votre position) ?

5.4 Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

5.5 Les différents diagnostics psychiatriques retenus et/ou les diagnostics retenus par les experts rhumatologue et neurologue du V\_\_\_\_\_ dans le rapport d'expertise du 23 octobre 2023, entrant en interaction, privent-ils l'assurée de certaines ressources ?

## 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) :

6.1 Dans l'activité habituelle,

6.2 Dans une activité adaptée.

6.3 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).

6.4 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 ?

7. Traitement

- 7.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- 7.2 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?
- 7.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
- 7.4 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- 7.5 Nécessitent-ils un traitement psychotrope ?
- 7.6 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 ou à une autre raison ?

8. Capacité de travail

- 8.1 Mentionner les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée du point de vue psychiatrique, en pourcent :
  - a) dans l'activité habituelle,
  - b) dans une activité adaptée.
- 8.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.
- 8.3 Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 8.4 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 ?
- 8.5 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
- 8.6 Quelle est la capacité de travail globale de l'assurée ?
  - a) dans l'activité habituelle,
  - b) dans une activité adaptée.

9. Appréciation des avis médicaux du dossier

- 9.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr T\_\_\_\_\_, du V\_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 octobre 2023 ? pour quels motifs ?

- 9.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles des experts du V\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2023 ? Pour quels motifs ?
- 9.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dre H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 février 2023 ? Pour quels motifs ?
10. Faire toute remarque et proposition utiles.
5. Invite l'expert à déposer, **dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Catherine TAPPONNIER

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