

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2983/2024

ATAS/267/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 16 avril 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

Représentée par Me Sarah BRAUNSCHEIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le _____ 1976, originaire de Bosnie, titulaire d'un permis C, mariée, mère de trois enfants nés en 1995, 2000 et 2006, a suivi l'école obligatoire en Bosnie et est entrée en Suisse en 2001.
- b.** Elle a travaillé comme concierge, femme de chambre et nettoyeuse. Depuis le 4 mai 2009, elle travaillait à B_____ avec un dernier jour de travail effectif le 27 janvier 2014 et une incapacité de travail à 100% depuis le 28 janvier 2014.
- B.** **a.** Le 10 septembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison d'une fibromyalgie débutée en janvier 2014.
- b.** L'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a pris en charge des cours de français et de bureautique en faveur de l'assurée, ainsi que des stages d'orientation professionnelle aux établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) et des cours de coaching.
- c.** Le 2 juillet 2015, le service médical régional (ci-après : SMR) a rendu un rapport d'expertise rhumato-psychiatrique à la suite de l'examen de l'assurée du 29 juin 2015 (docteurs C_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie). L'assurée se plaignait de cervicalgies, de lombalgies, de douleurs aux cuisses et de douleurs cutanées superficielles diffuses, de douleurs à l'épaule droite, aux bras et dans tout le corps, de céphalées en casque, parfois d'acouphène bilatéral. Les experts ont indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail et ont posé ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive en rémission complète, difficultés dans les rapports avec le conjoint ou partenaire, expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités et pré-obésité. La fibromyalgie n'était pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, « ni l'échec de traitement » ; l'assurée avait actuellement seulement un traitement en réserve. En dépit de ses douleurs chroniques, elle assumait parfaitement bien les activités de la vie quotidienne, elle s'occupait de ses enfants et de son mari. Vu qu'elle avait de très bonnes ressources d'adaptation aux changements, qu'elle ne souffrait d'aucun trouble de la personnalité morbide ni d'une autre pathologie psychiatrique aiguë ou chronique, le pronostic à moyen et long terme était favorable ; il n'y avait pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant. Elle aurait pu reprendre son activité professionnelle dès mi-mars 2014.
- d.** Par décision du 5 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

e. À la demande de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, saisie d'un recours contre la décision précitée (cause A/1404/2016), la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué, les 9 août et 21 octobre 2016, que l'assurée présentait des douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs et un syndrome douloureux chronique. En raison des douleurs de l'épaule droite, elle était limitée dans les travaux lourds répétés, les ports de charges et les manipulations répétées avec le membre supérieur droit. Depuis fin janvier 2014, l'assurée pouvait travailler dans une activité légère, sans port de charges, sans travaux lourds et sans activités répétées avec le membre supérieur droit. Elle ne pouvait plus travailler comme femme de chambre. La Dre E_____ contestait l'absence de limitations fonctionnelles établie par le SMR ; depuis son arrêt de travail, l'assurée gérait de manière totalement différente les activités répétées, les ports de charges à domicile et les symptômes étaient évidemment moins importants que lors de son activité professionnelle. Il était tout à fait possible que, si elle reprenait l'activité de femme de chambre à 100%, les douleurs et les atteintes s'aggravaient à nouveau rapidement.

f. Le 5 septembre 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

g. À la demande de la chambre de céans, les docteurs F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, psychologue spécialisée en psychothérapie FSP de l'association I_____, ont indiqué le 12 septembre 2016 que l'assurée présentait les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0), autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (Z63.7), expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5). Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement physiques. D'un point de vue psychique, elles étaient en lien avec les répercussions de l'état anxieux et dépressif, à savoir fatigabilité, sentiment d'incapacité de faire face, découragement. L'assurée avait une capacité de travail dans une activité adaptée, après une réadaptation professionnelle. Ils contestaient l'appréciation de la Dre D_____ en mentionnant la présence d'une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, une altération du fonctionnement quotidien et des troubles du sommeil. L'assurée n'était pas capable de travailler depuis mars 2014 comme femme de chambre mais dans une activité en accord avec ses limitations physiques et psychologiques.

b. Par arrêt du 20 mars 2017 (ATAS/21/2017) la chambre de céans a constaté que les avis de la Dre E_____ étaient convaincants ; la recourante présentait des douleurs de l'épaule droite sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs malgré les traitements effectués dans les règles de l'art et excluant l'ancienne activité de femme de chambre ; l'atteinte était moins symptomatique avec l'arrêt de l'activité

professionnelle mais augmentée avec la reprise d'une telle activité et les limitations fonctionnelles décrites correspondaient à celles retrouvées dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe. Il convenait en conséquence de retenir que la recourante était incapable d'exercer son ancienne activité de femme de ménage mais présentait une capacité de travail entière dans une activité légère, respectant les limitations fonctionnelles fixées par la Dre E_____, soit sans port de charges, sans travaux lourds et sans activités répétées avec le membre supérieur droit. Quant à l'aspect psychique, les Drs F_____ et G_____ avaient estimé que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement physiques et que, du point de vue psychique, elles étaient dues à de la fatigabilité, un sentiment d'incapacité de faire face et du découragement ; la recourante présentait cependant une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations physiques, après une réadaptation professionnelle. Dans ces conditions, la chambre de céans a renoncé à investiguer l'aspect psychique, l'avis des médecins traitants de la recourante ainsi que le propre avis de celle-ci sur sa capacité de travail rejoignant les conclusions de la Dre D_____. La recourante présentait une capacité de travail nulle dans son ancienne activité et totale dans une activité légère, adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le degré d'invalidité était de 2%, de sorte que la recourante n'avait droit ni à une rente d'invalidité, ni à une mesure de reclassement. En revanche, la cause était renvoyée à l'intimé afin qu'il octroie à la recourante la mesure d'ordre professionnel la plus appropriée à sa situation, en prenant en compte les observations déjà faites par les EPI et le coaching professionnel quant aux compétences et capacités de la recourante à exercer une activité professionnelle.

c. Le 16 octobre 2017, l'assurée a été reçue par la réadaptation professionnelle de l'OAI et une mesure d'aide au placement a été convenue chez IPT (intégration pour tous), du 17 novembre 2017 au 31 mai 2018. Un stage de gouvernante d'étage dans un hôtel a été interrompu en raison de douleurs et l'assurée a effectué un stage de nettoyeuse dans un EMS qu'elle a pu assumer seulement à 50%, en raison de fatigue et douleurs. Le rapport final d'IPT concluait à des emplois d'employée de maison / femme de chambre et réception / accueil.

d. Depuis août 2018, l'assurée a effectué des missions temporaires pour des postes de nettoyeuse dans des EMS et le 2 novembre 2018, l'OAI a clos le mandat à l'issue de la mesure de placement. L'assurée a travaillé comme femme de ménage, à la demande, de juillet 2018 à décembre 2019, pour J_____.

C. a. Le 12 octobre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en mentionnant une incapacité de travail totale depuis janvier 2020 pour fibromyalgie importante et état dépressif et anxieux existant depuis au moins 2012.

b. Le 13 octobre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée un délai pour communiquer tout document rendant plausible une aggravation de son état de santé.

c. L'assurée a communiqué

- un rapport de la docteure K_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 14 décembre 2020, selon lequel elle présentait une fibromyalgie depuis 2012, qui s'était aggravée depuis 2017 et était devenue invalidante, de sorte qu'elle ne pouvait exercer une activité de nettoyeuse, femme de chambre, aide-soignante ou manutentionnaire dans la vente ; son état psychique s'était péjoré, ce qui aggravait les douleurs ;
- un rapport du docteur L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 5 décembre 2019, attestant d'exacerbation des douleurs depuis quelques mois, avec tristesse et troubles du sommeil. Il a retenu une fibromyalgie avec probable épicondylite évoluant depuis un mois et probable tendinopathie du moyen fessier.

d. Le 8 janvier 2021, le SMR a estimé que l'assurée présentait un tableau clinique similaire à celui pris en compte lors de l'instruction initiale. Aucun élément ne rendait plausible une modification notable et durable de l'état de santé.

e. Par projet de décision du 21 janvier 2021 et décision du 8 mars 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

f. Le 20 avril 2021, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre de céans (cause A/2699/2021) à l'encontre de la décision précitée, en concluant à ce que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de prestations, son état de santé s'étant aggravé par l'augmentation des douleurs, de l'état dépressif et anxieux et par l'aggravation de l'état de santé de son époux. Des troubles cognitifs étaient évoqués par sa médecin traitante ainsi qu'une aggravation de la fibromyalgie.

g. Le 19 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, en soulignant que la Dre K_____ n'apportait aucun élément objectif pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

h. Le 23 décembre 2021, l'assurée a répliqué, en communiquant un rapport de la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de H_____, psychologue, du 6 décembre 2021, concluant à une capacité de travail nulle de l'assurée, suite à une aggravation de l'état de santé depuis deux ans. Elles ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'anxiété généralisée (F41.1), de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z673.0), d'autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (Z63.7) et d'expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5). L'assurée présentait plusieurs limitations fonctionnelles, à savoir une importante fatigabilité, une inquiétude généralisée et incapacitante, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration avec difficultés mnésiques et un sentiment d'incapacité à faire face aux aléas quotidiens avec une altération du fonctionnement. L'aggravation était en lien, d'une part, avec les limitations physiques provoquées par la fibromyalgie importante et invalidante

et, d'autre part, avec un épuisement psychique dans le contexte familial. L'intensité des symptômes dépressifs et anxieux était augmentée avec comme conséquence d'importantes difficultés à mener les activités de la journée à leur terme, des difficultés de sommeil perturbant la journée, des oublis fréquents et un découragement généralisé. La compliance de l'assurée était excellente.

i. Le 31 janvier 2022, l'OAI s'est rallié à un avis du 21 janvier 2022 du SMR, estimant que le rapport précité du 6 décembre 2021 n'apportait pas d'élément objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

Selon le SMR, il ressortait de l'examen bidisciplinaire du 2 juillet 2015 que le mari de l'assurée était capable de conduire régulièrement, il pouvait donc lui apporter son soutien dans le cadre des tâches ménagères. Par ailleurs, deux de ses enfants étaient adultes et sa dernière fille avait 15 ans, de sorte qu'elle pouvait également lui apporter de l'aide. Les éléments du rapport du 6 décembre 2021 étaient essentiellement descriptifs et basés sur les déclarations de l'assurée. L'assurée n'avait pas nécessité une hospitalisation ou une modification du traitement médicamenteux et une modification récente des modalités de suivi n'était pas précisée.

j. Le 11 février 2022, l'assurée a sollicité un délai pour produire des avis médicaux de ses médecins.

k. Par arrêt (ATAS/173/2022) du 28 février 2022, la chambre de céans a rejeté le recours (cause A/2699/2021) interjeté par l'assurée, au motif que les éléments médicaux au dossier, au 8 mars 2021, ne permettaient pas d'admettre une aggravation notable de l'état de santé de la recourante. Le constat établi par la Dre K_____, dans son avis du 14 janvier 2020, avait déjà été pris en compte lors de l'examen de sa première demande de prestations et ne permettait pas de conclure à une incapacité de travail dans les activités jugées adaptées à son état de santé. Les diagnostics qu'elle posait étaient similaires à ceux qui avaient été retenus à l'époque. Il en était de même du rapport du 5 décembre 2019 du Dr L_____, lequel faisait notamment état d'une fibromyalgie déjà connue et d'examens sanguins dans la norme. Par ailleurs, conformément à la jurisprudence, les rapports médicaux qu'avait transmis la recourante à l'appui de son recours ne pouvaient pas être pris en compte et il n'était pas donné suite à la demande de la recourante de pouvoir communiquer à la chambre de céans d'autres pièces médicales.

D. a. Le 5 avril 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé sur le plan physique mais également psychique. Elle renvoyait au rapport médical du 6 décembre 2021 de la Dre M_____ et de H_____ communiqué à l'appui de son recours du 20 avril 2021.

Elle a également produit un avis médical de la Dre K_____ du 21 février 2022, dans lequel il est précisé que l'aggravation évoquée dans le rapport du 14

décembre 2020 résidait principalement dans un trouble généralisé de douleurs au niveau de toutes les zones articulaires et périarticulaires provoquant des insomnies. Cette symptomatologie était liée à une dégradation de son état psychique et avait nécessité la mise en place d'un antidépresseur ainsi que la reprise d'un suivi avec une psychologue d'I_____. L'assurée était épuisée par ses douleurs, ceci d'autant plus qu'elle fournissait des soins d'assistance complète à son mari qui était au bénéfice de l'assurance-invalidité complète depuis février 2019.

b. Par courrier du 8 avril 2022, l'intimé a accordé un délai de 30 jours à l'assurée pour lui faire parvenir d'autres documents médicaux que ceux envoyés. À défaut, une décision de non-entrée en matière serait rendue.

c. Le 10 août 2022, le Dr N_____ du SMR a rendu un rapport prenant en compte l'avis médical du 21 février 2021 de la Dre K_____. L'assurée n'avait pas de prise en charge par un spécialiste en psychiatrie et n'avait pas été hospitalisée. Les troubles évoqués par la Dre K_____ n'empêchaient pas l'assurée de fournir « des soins d'assistance complète à son mari qui est lui-même en incapacité d'accomplir des tâches quotidiennes et administratives » (sic). Il a considéré que la pièce médicale versée au dossier n'avait pas rendu plausible une modification notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision de l'OAI.

d. Par projet de décision du 11 août 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée.

e. Par courrier du 20 juin 2022, l'OAI a accordé, sur sollicitation de l'assurée, un ultime délai au 13 octobre 2022 pour lui faire parvenir des éléments susceptibles de modifier son appréciation.

f. En l'absence de remarques de l'assurée, l'OAI a rendu, le 18 octobre 2022, une décision de refus d'entrer en matière.

g. Par courrier du 13 octobre 2022, reçu le 19 octobre 2022 par l'intimé, l'assurée a contesté l'absence de suivi psychiatrique mentionnée par le SMR. Lors du dépôt de sa demande, elle avait expressément fait mention du questionnaire médical du 6 décembre 2021 de la Dre M_____ et de H_____. La mention d'un suivi psychiatrique figurait non seulement dans ce questionnaire mais aussi dans le formulaire de demande de prestations. En outre, le SMR s'était contenté de recopier l'avis médical du 10 août 2022 sans nullement le discuter. Il appartenait à l'intimé d'instruire le dossier plus avant et de questionner les médecins afin d'évaluer l'importance de l'aggravation et les conséquences sur sa capacité de travail.

h. Le 18 novembre 2022, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 18 octobre 2022, en concluant principalement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé.

Elle n'était en mesure de travailler qu'à 50%. Son état de santé s'était dégradé tout d'abord en raison de l'augmentation des douleurs physiques mais également en raison de l'aggravation de l'état dépressif et anxieux. L'état de santé de son mari s'était également aggravé depuis quelques années. Par projet de décision, il s'était vu octroyer le droit à une allocation pour impotence faible. Elle gérait seule les enfants et assistait également son mari.

Selon les nouveaux éléments médicaux, les médecins psychiatres posaient un diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen (F33.1) et indiquaient que la fibromyalgie était maintenant invalidante. Sur le plan psychique, ils considéraient sa capacité de travail comme nulle. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen (F33.1) était nouveau et pertinent car il servait à l'examen du caractère incapacitant d'une fibromyalgie. En outre, le SMR n'avait pas tenu compte du rapport du 6 décembre 2021 avant de statuer. Sur le plan somatique, les douleurs se trouvaient maintenant dans toutes les zones articulaires et périarticulaires alors qu'auparavant elles se situaient principalement dans les cervicales et le bras droit.

i. Le 7 décembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en soulignant qu'il n'appartenait pas à l'intimé de procéder à une instruction et de recueillir les documents médicaux nécessaires dans le cadre d'une demande de révision déposée par la recourante. En l'absence de documents médicaux objectifs, détaillés produits par la recourante dans le cadre de sa demande de prestations, il était légitime de rendre une décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations. Concernant le questionnaire médical du 6 décembre 2021, le SMR avait déjà indiqué, dans le cadre de la précédente procédure de recours, qu'il n'apportait pas d'éléments objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

j. Par arrêt du 6 février 2023 (ATAS/81/2023), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations, en relevant ce qui suit :

Sur le plan somatique, la Dre K_____ a indiqué, dans son avis médical du 21 février 2022, que la recourante présentait une aggravation qui résidait principalement dans un trouble généralisé de douleurs au niveau de toutes les zones articulaires et périarticulaires provoquant des insomnies. Elle renvoyait à son rapport du 14 décembre 2020. Or, dans son arrêt du 28 février 2022, la chambre de céans s'était déjà prononcée sur l'aggravation décrite dans le rapport du 14 décembre 2020 et avait conclu que ce dernier ne permettait pas de retenir une aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante.

Par ailleurs, l'avis médical du 21 février 2022 de la Dre K_____ n'étaye pas une péjoration de l'état de santé de la recourante portant à conséquence sur la capacité de travail et de gain dans une activité légère que l'arrêt du 20 mars 2017 lui reconnaissait. Le diagnostic posé de trouble généralisé de douleurs au niveau de

toutes les zones articulaires et périarticulaires provoquant des insomnies avait déjà été pris en compte lors de l'examen de la première demande de prestations. Par ailleurs, ledit rapport ne rapporte aucun changement de traitement médicamenteux ou d'autres modalités thérapeutiques qui auraient été mises en place. Il n'est pas non plus fait mention d'examen spécifique ou d'investigations complémentaires.

L'avis médical de la Dre K_____ du 21 février 2022 ne permet pas de conclure, de façon plausible, à une aggravation de l'état de santé de la recourante qui mettrait en cause l'exigibilité d'une capacité de travail de celle-ci dans une activité légère, sans port de charges, sans travaux lourds et sans activités répétées avec le membre supérieur droit, telle que retenue dans la décision de l'intimé du 5 avril 2016.

Sur le plan psychiatrique, la chambre de céans avait constaté, par arrêt du 20 septembre 2017, que les avis des psychiatres traitants rejoignaient celui du SMR et concluaient à une capacité de travail totale de la recourante.

Or, les diagnostics posés et la capacité de travail établie lors de la première demande de prestations, sont différents de ceux exposés dans la nouvelle demande du 5 avril 2022.

Par rapport du 6 décembre 2021, la Dre M_____ et H_____ ont notamment diagnostiqué chez la recourante un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). L'intensité des symptômes dépressifs et anxieux était augmentée depuis deux ans avec comme conséquence d'importantes difficultés à mener les activités de la journée à leur terme, des difficultés de sommeil perturbant la journée, des oublis fréquents et un découragement généralisé. Les diagnostics posés étaient totalement incapacitants. La recourante présentait plusieurs limitations fonctionnelles, notamment une inquiétude généralisée et incapacitante. Ce tableau est plus important que celui décrit par les Drs F_____, G_____ et H_____ dans leur rapport du 12 septembre 2016. D'après celui-ci, la recourante présentait, à l'époque, un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations, lesquelles étaient essentiellement physiques.

Par ailleurs, le 21 février 2022, la Dre K_____ a précisé que la symptomatologie de l'assurée était liée à une dégradation de son état psychique et qu'un traitement par antidépresseur avait été mis en place, ce qui corrobore, contrairement à l'avis du SMR du 21 janvier 2021, une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante.

Enfin, contrairement à l'avis du SMR du 21 janvier 2022, le mari de la recourante, qui bénéficie d'une allocation pour impotent, ne peut lui apporter son soutien dans le cadre des tâches ménagères.

Dans ces circonstances, la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force du 5 avril 2016 et il se justifie que l'intimé procède à un nouvel examen de son cas.

k. La recourante a communiqué à l'OAI un rapport du 13 décembre 2023 du Dr L_____, lequel a attesté d'une poussée de la fibromyalgie.

l. Le 3 juillet 2023, la Dre K_____ a rempli un rapport médical AI, en mentionnant une incapacité de travail totale. En 2019, l'état général s'était aggravé, avec une augmentation des douleurs et des troubles cognitifs. Elle a posé les diagnostics de fibromyalgie ou syndrome douloureux chronique, d'état dépressif et d'état anxieux avec trouble panique. L'assurée présentait un surpoids (59 kg en 2002 et 82 kg en 2023). Elle ne pouvait pas se prononcer sur l'exigibilité professionnelle mais relevait qu'actuellement l'assurée ne pouvait exercer aucune activité. Elle présentait des douleurs constantes, des pertes de mémoire, des paresthésies dans les membres supérieurs, un manque de force général et une grande fatigabilité.

m. Le 5 novembre 2023, H_____ a rempli un rapport médical AI, mentionnant un suivi depuis 2014, bimensuellement et des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'anxiété généralisée (F41.1), de difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z673.0), d'autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (Z63.7) et d'expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités (Z65.5).

L'état de santé psychique s'était aggravé deux ans avant décembre 2021 tant en raison de la fibromyalgie que d'un épuisement psychique, et l'état général continuait à se péjorer. La capacité de travail était nulle, dans toute activité.

n. À la demande de l'OAI, le O_____ (ci-après : O_____ ; docteurs P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie) a rendu le 16 avril 2024 un rapport d'expertise bidisciplinaire.

Du point de vue somatique, le diagnostic de fibromyalgie était retenu, lequel n'était pas incapacitant, et du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic n'était retenu.

La capacité de travail était de 100% dans toute activité, depuis toujours.

Un examen neuropsychologique avait été effectué le 3 avril 2024 par R_____, psychologue FSP, lequel avait conclu à un probable effort cognitif initialement autolimité et un échec à tous les tests de validité des performances. Il n'était pas possible de se prononcer sur d'éventuels troubles cognitifs, mais ils apparaissaient peu probables.

o. Le 7 décembre 2023, la clinique de la douleur de l'Hôpital de La Tour a constaté un syndrome douloureux diffus avec des douleurs myofasciales (scapulaires et lombaires associées).

p. Une polysomnographie du 22 janvier 2024 du centre du sommeil de l'Hôpital de La Tour a conclu à un SAOS modéré à sévère avec hyperventilation alvéolaire nocturne.

q. Le 23 avril 2024, le SMR a estimé que l'expertise du O_____ était probante et que l'assurée présentait une capacité de travail totale dans toute activité dès le 8 mars 2021 (dernière décision de l'OAI).

r. Par projet de décision du 30 avril 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

s. Le 27 juin 2024, l'assurée, représentée par une avocate, a fait valoir que l'examen neuropsychologique n'avait pas de valeur car son enregistrement sonore s'arrêtait après 16 minutes et que son contenu était déterminant car il prétendait qu'elle n'avait pas collaboré à l'examen. Elle sollicitait un nouvel examen neuropsychologique.

t. Par décision du 13 août 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en relevant que le défaut de l'enregistrement n'était pas déterminant car l'examen neuropsychologique se basait sur des tests qui ne faisaient pas l'objet d'un enregistrement.

E. a. Le 13 septembre 2024, l'assurée, représentée par son avocate, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a requis l'ordonnance d'une expertise judiciaire, subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour recherche d'un consensus et décision incidente sur l'enregistrement sonore.

L'OAI ne pouvait pas statuer sur le fond en présence d'un enregistrement défectueux et devait chercher une solution avec elle-même. Le rapport d'expertise était vicié. Par ailleurs, l'expertise du O_____ n'était pas convaincante. Les experts estimaient la capacité de travail comme totale également dans l'activité habituelle, alors que la chambre de céans l'avait exclue déjà en 2017.

b. Le 14 octobre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'expertise du O_____ était probante.

c. Le 6 décembre 2024, la recourante a répliqué et communiqué :

– un rapport du 15 novembre 2024 de la clinique de la douleur de l'Hôpital de La Tour, attestant d'une syndrome douloureux diffus traité par des perfusions de Lidocaïne permettant un soulagement pendant deux semaines. Malgré ce traitement efficace, l'assurée était toujours incapable d'exercer une activité professionnelle régulière adaptée tant la maladie avait un impact important sur l'aspect physique et psychologique ;

– un rapport de la docteure S_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, selon lequel la recourante présentait des douleurs musculo-squelettiques diffuses sévères, un SAS et des troubles de la concentration et de la mémoire. Vu l'avis du Dr L_____, qui retenait une diminution de rendement de 40%, elle s'étonnait de la conclusion du O_____ qui estimait une capacité de travail totale comme femme de chambre.

- d.** Le 27 février 2025, la recourante a communiqué un rapport du 22 février 2025 de H_____, selon lequel, depuis 2014, il existait un état dépressif attesté également par la médecin généraliste et la psychiatre qui l'avaient évaluée. Ses limitations physiques et psychologiques étaient depuis de nombreuses années très importantes. Elle contestait le rapport du Dr Q_____ qui remettait en question la validité de nombreux diagnostics émis par plusieurs médecins.
- e.** Le 24 mars 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.
- f.** Le 27 mars 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique judiciaire au docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un examen neuropsychologique à U_____, MAS en neuropsychologie clinique.
- g.** Le 7 avril 2025, l'OAI, en se ralliant à un avis du SMR du même jour, a sollicité des questions complémentaires.
- h.** La recourante n'a pas fait d'observations dans le délai imparti.

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 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 fin 2022, soit six mois après le dépôt de la demande d'avril 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

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

3.

3.1 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).

3.2 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).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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).

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.

3.3.2.1. 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).

3.3.2.2. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

3.3.2.3. 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).

3.3.2.4. 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).

3.3.2.5. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

3.4 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

3.5 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). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4. En l'occurrence, il convient de déterminer si la recourante a présenté une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 5 avril 2016, jusqu'à la décision litigieuse du 13 août 2024.

4.1 L'intimé fonde son refus de prestations sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du O_____ du 16 avril 2024.

La recourante conteste la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du O_____ et, en particulier, la valeur probante de l'examen neuropsychologique de R_____, lequel souffre d'un défaut d'enregistrement sonore.

4.2 Du point de vue psychique, le rapport d'expertise du Dr Q_____ repose sur toutes les pièces du dossier, contient une anamnèse, la description d'une journée-type, un *status* psychique et l'examen des éventuelles limitations fonctionnelles de la recourante.

Dans cette mesure, il paraît respecter les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

Cela dit, au vu des rapport circonstanciés de la Dre M_____ (du 6 décembre 2021) et de H_____ (des 6 décembre 2021, 5 novembre 2023 et 22 février 2025), attestant d'un suivi depuis 2014 et, notamment, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ainsi qu'une anxiété généralisée - avec des limitations fonctionnelles d'importance et incapacitantes, fatigabilité, inquiétude généralisée, troubles du sommeil, de la concentration et difficultés mnésiques, ainsi qu'un

sentiment d'incapacité à faire face aux aléas quotidiens, avec altération du fonctionnement - l'absence totale de tout diagnostic psychiatrique et de toute limitation fonctionnelle constatée par le Dr Q_____ n'emporte pas la conviction. Par ailleurs les avis des médecins traitants K_____, du 3 juillet 2023, et S_____, du 29 novembre 2024, ont également fait état de limitations sévères, avec aggravation de l'état de santé, notamment psychiatrique, et présence de troubles cognitifs et d'une grande fatigue.

Dans ces conditions, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, confiée au Dr T_____, avec, préalablement, un examen neuropsychologique confié à U_____, avec un test de validation des performances, de sorte que la question de la valeur probante de l'examen de R_____, dont l'enregistrement sonore est défectueux, peut rester ouverte.

L'aspect somatique reste réservé.

Conformément à la demande de l'intimé, la question 8.1 sera complétée et il sera ajouté une question 5.3, ainsi que des questions à la mission d'expertise neuropsychologique.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique d'A_____.

Commet à ces fins le Dr T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause, ainsi que du rapport neuropsychologique de U_____, MAS en neuropsychologie clinique.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr S_____, ainsi que H_____.
- 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 clinique 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 pathogénèse).

- 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.1 Dates d'apparition
- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 5 avril 2016 ? (décision de l'OAI)
- 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 (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 ?

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 ?
- 5.3 Existe-t-il des limitations fonctionnelles neuropsychologiques ? Si oui, veuillez les détailler.

6. Cohérence

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

7. Personnalité

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

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

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ? (au besoin en utilisant les items de la mini-CIF)
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
 - a) psychique
 - b) mental
 - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'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 ?
- 9.3 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 ? A 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 depuis le 5 avril 2016 ?
- 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'expertise du Dr Q_____ du 16 avril 2024 ? En particulier avec l'absence de tout diagnostic psychiatrique ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre M_____ et de la psychologue H_____ du 6 décembre 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II A. Ordonne un examen neuropsychologique, comprenant un test de validation des performances et la réponse aux questions suivantes :

1. Quelle est la gravité de l'éventuel trouble neuropsychologique ?
2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, compte tenu des limitations neuropsychologiques ?

B. Commet à cette fin U_____, MAS en neuropsychologie clinique.

C. Invite U_____ à communiquer, **dans les meilleurs délais**, son rapport à la chambre de céans et au Dr T_____.

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

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le