

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3168/2025

ATAS/165/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 3 mars 2026

Chambre 10

En la cause

A _____

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1969, originaire du Portugal, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 2002. Divorcée depuis 2017, elle est mère de deux enfants majeurs.
- b.** L'assurée a été engagée en tant que concierge par la B_____ (ci-après : la B_____) à partir du 1^{er} mai 2018, à raison de 4 heures par jour. En arrêt de travail depuis le 30 novembre 2023, elle a été licenciée pour le 31 août 2024. Son revenu annuel se montait alors à CHF 32'220.50.
- c.** Parallèlement, elle a également travaillé pour l'Association C_____ (ci-après : C_____) en tant qu'employée d'hôtellerie dans l'entretien et le nettoyage à raison de 24 heures par semaine dès le 1^{er} octobre 2022. En incapacité de travail depuis le 6 février 2024, les rapports de travail ont pris fin le 31 juillet 2024. En dernier lieu, son salaire annuel s'élevait à CHF 43'420.-.
- d.** Le 29 avril 2024, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), faisant état d'une incapacité de travail depuis le 6 février 2024 en raison d'un trouble dépressif et de douleurs à l'épaule gauche depuis septembre 2023.
- e.** Le 26 août 2024, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi.
- f.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu plusieurs documents médicaux, notamment de la part de l'assureur perte de gain, dont :
- un rapport d'ultrason de l'épaule gauche du 7 février 2024 ;
 - un rapport du 5 avril 2024 de la docteure D_____, spécialiste en médecine interne, mentionnant les diagnostics d'omalgies à gauche et de trouble dépressif ;
 - un rapport du 14 mai 2024 du docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un trouble dépressif moyen (32.1) ; l'assurée décrivait une surcharge professionnelle avec envenimation de la relation avec les collègues en septembre 2023, ce qui l'avait progressivement épuisée avec installation d'angoisses importantes ; elle décrivait également un épuisement physique et psychique, ainsi qu'un fort sentiment d'injustice ; elle avait présenté une décompensation émotionnelle avec pleurs continus ;
 - un rapport du 30 mai 2024 du docteur F_____, médecin chef de clinique au service de médecine de premiers recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), relatant des omalgies depuis novembre 2023 d'apparition progressive dans un contexte de stress important aux niveaux professionnel et personnel, avec irradiation dans le cou, l'omoplate, le bras et

l'avant-bras ; la patiente était limitée dans les mouvements des activités de la vie quotidienne ;

- une attestation du 10 juin 2024 de la Dre D_____, rappelant toutes les atteintes à la santé de sa patiente, dont un épisode dépressif en cours depuis fin 2023, une omalgie chronique gauche sur une capsulite, une lombalgie récidivante depuis 2018 sur une discopathie L3-L4, L5-S1 avec un rétrécissement canalaire par une protrusion globale L4-L5 et un contact racine L5 selon une IRM de 2018 et une tendinite chronique du coude droit ;
- un rapport du 14 juin 2024 de la Dre D_____, indiquant que la capacité de travail était nulle depuis le 6 février 2024 ; elle a signalé un état dépressif moyen à sévère, un trouble d'angoisse, des douleurs somatoformes de l'hémicorps gauche, une capsulite de l'épaule gauche avec une omalgie chronique, ainsi que des troubles du sommeil et de la concentration, une fatigue, une perte d'intérêt, une asthénie ; la mobilité de l'épaule était limitée par la douleur ; la capacité de travail était nulle dans toute activité, y compris adaptée aux limitations fonctionnelles en raison de l'atteinte psychique ;
- un second rapport du 14 juin 2024 de la Dre D_____, indiquant que l'histoire de vie de sa patiente était marquée par des violences conjugales et diverses ruptures sentimentales ; son état de santé s'était dégradé avec une décompensation psychique en automne 2023 qui avait nécessité un arrêt de travail à la conciergerie ; elle avait ensuite présenté divers symptômes corporels comme les douleurs somatoformes de l'hémicorps gauche jusqu'à développer une capsulite de l'épaule gauche en 2024 ; la patiente cherche un autre logement ;
- un rapport du 2 juillet 2024 de la Dre D_____, confirmant la teneur des précédents rapports et notant que l'incapacité était totale dans toute activité en raison du trouble du sommeil, de l'asthénie, du trouble de la concentration et des omalgies ;
- un rapport du 6 août 2024 de la Clinique G_____, diagnostiquant des contusions multiples sur une chute dans les escaliers le 27 juillet 2024, sans argument pour une fracture ;
- un rapport suite à une échographie de l'épaule gauche le 26 août 2024 ;
- un rapport du 3 septembre 2024 du docteur H_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, retenant les diagnostics de fibromyalgie et de douleurs de l'épaule gauche dans le contexte d'une bursite sous-acromiale deltoïdienne sans évidence pour une capsulite rétractile ;
- un rapport du 10 septembre 2024 du Dr E_____, diagnostiquant un trouble dépressif moyen à sévère (32.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) avec effet sur la capacité de travail, et un *burn out* (Z/73) sans répercussion sur ladite capacité ; la première consultation remontait au

29 mars 2021 et la patiente le consultait à raison de deux fois par mois en moyenne ; elle présentait des limitations importantes avec des angoisses invalidantes et une perte de motivation, de fortes limitations relationnelles avec une labilité émotionnelle importante, une irritabilité et un sentiment de persécution ; le traitement comprenait une psychothérapie, la prise de Dalmadorme et de Venlafaxine augmenté en été 2024 ; l'évolution semblait se diriger vers la chronicité ; elle décrivait un épuisement psychique et physique important avec des angoisses et des insomnies ; il a rapporté une thymie dépressive avec un ralentissement psychomoteur, une perte de motivation, une anxiété, de l'angoisse à la moindre évocation de l'environnement professionnel, des troubles du sommeil avec une tendance à faire des cauchemars ; elle avait développé des problèmes physiques à l'épaule gauche et plus récemment des douleurs diffuses au dos, aux bras et aux poignets ; l'incapacité de travail était de 50% du point de vue psychiatrique jusqu'à fin octobre 2024, étant relevé un arrêt de travail parallèle à 50% par le médecin traitant ; la capacité de travail était estimée à 50-70% dans une activité adaptée aux douleurs et à la fatigabilité ;

- un rapport du 25 septembre 2024 du Dr E_____, confirmant les diagnostics précédemment posés et précisant que le traitement comprenait de la Duloxétine en augmentation progressive ; outre les limitations déjà évoquées, il a signalé une importante frustration et noté que l'intéressée était traumatisée par l'attitude agressive vécue chez son employeur ; une reprise progressive était prévue dès le 1^{er} novembre 2024 ;
- un rapport du 26 octobre 2024 du Dr H_____, indiquant avoir vu la patiente à deux reprises, les 20 août et 2 septembre 2024, et confirmant les diagnostics de fibromyalgie et de douleurs de l'épaule gauche dans le contexte d'une bursite sous-acromiale deltoïdienne ; le pronostic était bon concernant l'épaule gauche mais plus réservé pour la fibromyalgie ;
- un rapport du 31 janvier 2025 du Dr F_____, diagnostiquant une lésion de l'épaule, un syndrome myofacial, une fibromyalgie et un épisode dépressif moyen, avec influence sur la capacité de travail ; il a rapporté les résultats de ses examens cliniques des 30 mai 2024 et 31 janvier 2025 et indiqué qu'il suivait l'intéressée à une fréquence d'une fois tous les trois mois et effectuait une thérapie manuelle ; le pronostic n'était pas bon à cause de la chronicisation des douleurs qui pouvait encore s'aggraver et le risque de présentation d'une épaule gelée ; l'incapacité de travail était totale dans les deux activités habituelles, et il n'était pas en mesure de se prononcer sur ladite capacité dans un travail adapté car il n'avait pas effectué un bilan fonctionnel complet.

g. Par communications des 11 novembre 2024 et 27 février 2025, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de *coaching* du 1^{er} novembre 2024 au 7 février 2025, prolongée jusqu'au 15 mai 2025.

h. Mandaté par l'OAI, le BUREAU D'EXPERTISES MÉDICALES (ci-après : BEM) a procédé à une expertise bidisciplinaire et convoqué l'intéressée à un examen psychiatrique le 21 janvier 2025 et rhumatologique le 13 février 2025.

i. Les experts du BEM ont rendu leur rapport le 4 mars 2025.

Au niveau somatique, le docteur I_____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué une fibromyalgie, une douleur de l'épaule gauche secondaire à une simple bursite sous-acromio-deltoidienne sans épanchement et une douleur lombaire sur des discopathies L3-L4 et L5-S1 avec une hernie discale L4-L5 latéralisée du côté gauche, mais sans déficit et sans irradiation dans les membres inférieurs. Concernant les limitations fonctionnelles, l'intéressée ne devait pas effectuer d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, devait éviter les porte-à-faux du buste, le port de charge proche du corps de plus de 5 kg, les efforts du membre supérieur gauche en abduction et en antépulsion. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 6 février 2024, et de 80% depuis cette date dans une fonction adaptée.

Au niveau psychique, le docteur J_____, spécialiste en psychiatrie, a retenu, à titre de diagnostic non incapacitant, un trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive en rémission partielle. Il n'y avait aucune restriction et l'examen n'avait révélé aucun signe de trouble de la personnalité ni d'accentuation particulière de certains traits de personnalité. L'anamnèse et la biographie n'étaient pas non plus en faveur d'un tel trouble. Il n'y avait aucune incapacité de travail sur le plan psychique.

De façon consensuelle, les experts ont conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques depuis le 6 février 2024.

j. Le 5 mars 2025, l'OAI a enregistré un rapport du 14 octobre 2024 de la Dre D_____, indiquant que sa patiente présentait une fatigabilité, un trouble de la concentration, une perte de confiance en soi, une mobilité et une utilisation réduite du bras gauche, une impossibilité d'effectuer une activité ambidextre à répétition ou un travail avec élévation du bras gauche supérieure à 90°, en porte-à-faux et en rotation du torse ; en outre, le port de charges, les positions statiques et la marche prolongée étaient également restreints ; la patiente ne pouvait pas porter ses courses, faire la poussière en hauteur ou déplacer des objets lourds ; toutes ces limitations impliquaient qu'elle ne pouvait plus effectuer son travail comme agente de nettoyage.

k. Dans un avis du 19 mars 2025, la docteure K_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a repris les conclusions du rapport d'expertise.

l. Par courriel du 26 mars 2025, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle tremblait beaucoup et souffrait d'une sciatique avec des fourmillements dans toute la jambe.

m. Le 31 mars 2025, elle a informé l'OAI qu'elle s'était rendue aux urgences G_____ « comme morte » de fatigue à cause de sa sciatique, dont elle souffrait depuis un mois et n'arrivait plus à dormir à cause des douleurs. Elle ne pouvait pas continuer comme ça.

B. a. Le 25 avril 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente s'élevant à 42.5% d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 47%.

b. L'assurée a contesté ce projet de décision, invoquant une péjoration de son état de santé ces derniers mois. Son état psychologique s'était beaucoup dégradé, ayant vécu un divorce difficile, à la suite duquel elle avait totalement perdu contact avec son fils aîné, puis ayant été victime de harcèlement sur son lieu de travail. Il lui était très difficile, voire impossible, de bouger sans ressentir d'extrêmes douleurs aux bras, aux jambes et au dos en raison de la fibromyalgie. Enfin, elle ne pouvait se réorienter sans soutien. Les rapports de ses médecins traitants démontraient clairement que son incapacité de travail était totale.

Elle a notamment transmis à l'OAI :

- un rapport du 1^{er} avril 2025 à la suite de la consultation en urgence à la Clinique G_____ le 30 mars 2025 ; la patiente avait présenté un état d'anxiété avec la paresthésie des quatre membres ; la prise d'un Temesta à 1 mg avait complètement résolu la symptomatologie ; le diagnostic retenu était une attaque de panique favorisée par le sevrage brutal au Temesta et un sevrage progressif du Temesta avec l'aide de la médecin traitante ou du psychiatre traitant était préconisé ;

- un rapport du 3 juin 2025 du Dr E_____, faisant état d'une péjoration de l'état dépressif et du trouble somatoforme, avec des limitations étant plus importantes en raison d'angoisses invalidantes et de l'installation de crises de panique malgré un traitement pharmacologique bien conduit ; l'intéressée n'arrivait plus à s'occuper d'elle-même et s'appuyait sur son fils cadet vivant avec elle ; le trouble somatoforme s'était également aggravé avec des douleurs de plus en plus invalidantes et peu soulagées par les traitements prescrits par les médecins traitants ; le traitement de physiothérapie avait été interrompu car la patiente ne supportait plus le moindre contact sur sa peau ; un suivi spécialisé à la clinique de la douleur serait débuté le 17 juin 2025.

c. Dans un avis du 10 juin 2025, la docteure L_____, médecin au SMR, a estimé que le Dr E_____ n'avait pas apporté d'éléments objectifs d'aggravation ou des éléments nouveaux concernant les diagnostics qu'il retenait. La brève crise de panique avait été ponctuelle en lien avec un sevrage rapide de Temesta et n'entraînait pas d'incapacité de travail durable. Partant, les précédentes conclusions étaient maintenues.

d. Par décision du 18 juillet 2025, l'OAI a accordé à l'assurée une rente de 42.5% d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 47%, à partir

du 6 février 2025. Il a retenu que l'intéressée était en incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 6 février 2024, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé. La comparaison des revenus sans invalidité (CHF 75'640.-) et avec invalidité (CHF 40'012.-) laissait apparaître une perte de gain de CHF 35'628.- correspondant à un degré d'invalidité de 47%, étant relevé que la déduction forfaitaire de 10% était applicable depuis le 1^{er} janvier 2024. Pour le reste, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires.

- C. a. Par acte du 15 septembre 2025, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'expertise psychiatrique, dont l'anamnèse était erronée. Elle avait commencé un suivi auprès de son psychiatre traitant en mars et non en septembre 2023, elle avait été en arrêt de travail dès le mois de février 2024 pour ses deux emplois, de sorte que son incapacité de travail était totale et non de 50%. L'expert avait fondé son appréciation sur le fait qu'elle avait pris des vacances en été 2024, ce qui était insuffisant pour nier toute atteinte psychique. En outre, il avait minimisé les conséquences de ses problèmes de santé, laissant entendre que sa vie sociale ne serait pas altérée, alors qu'elle vivait de manière isolée avec son fils dans un logement de deux pièces. Enfin, l'expert rhumatologue avait admis l'existence d'une fibromyalgie, avec effet sur sa capacité de travail, contrairement à l'expert psychiatre, ce qui démontrait l'absence de tout consilium. Elle sollicitait la réalisation d'une nouvelle expertise

Elle a produit plusieurs documents, dont :

- un rapport du 22 janvier 2025 du Dr E_____, faisant état d'une détérioration importante dès le mois de septembre 2023 ; l'état psychique demeurait marqué par des symptômes anxio-dépressifs importants avec l'installation d'un syndrome douloureux chronique ;
- deux rapports des 3 juin et 29 août 2025 de la Dre D_____, indiquant que la patiente présentait depuis mars 2025 de fortes douleurs lombaires du côté gauche, irradiant dans le membre inférieur gauche selon un trajet L5, atteignant la cuisse, la jambe et les orteils, en particulier le gros orteil ; les douleurs avaient débuté lors de son séjour au Portugal et l'avaient empêché, selon ses dires, d'effectuer toute activité ; les douleurs étaient plurifocales, touchant principalement la ceinture scapulaire, le rachis et les extrémités, avec une prédominance marquée du côté gauche : elles étaient décrites comme des brûlures, des élancements et des engourdissements ; la patiente boitait et avait du mal à rester assise ; l'imagerie n'avait pas confirmé la suspicion de lombosciatalgie gauche évocatrice d'une sciatalgie L5 gauche déficitaire ; un traitement de Celecoxib n'avait pas été efficace, tout comme l'infiltration au regard du grand trochanter ; une IRM du bassin s'était révélée sans anomalie ;

l'intéressée avait stoppé la physiothérapie à sec en raison des douleurs et fait de la balnéothérapie avec difficulté en raison d'omalgie gauche et d'une appréhension importante liée à l'eau : une tentative d'acupression avait également dû être interrompue pour cause d'intolérance au toucher ; elle avait été prise en charge à la consultation de la douleur, mais les traitements entrepris (perfusion de lidocaïne, stimulation magnétique transcrânienne répétée, prolothérapie) n'avaient apporté aucune amélioration notable ; au contraire, des effets secondaires (nausées, céphalées) avaient été observés ; les limitations fonctionnelles étaient sévères avec une marche très limitée, même sur de courtes distances, une intolérance à la station debout et assise prolongée, une difficulté à réaliser les activités domestiques (ménage, lessive, courses, préparation des repas) et nécessitait l'aide de son fils, des troubles du sommeil importants liés à l'impossibilité de trouver une position confortable et une fatigue chronique sévère ; l'état psychique s'était également dégradé et des ajustements du traitement avaient été réalisés en février/mars 2025, mais avaient été suivis d'une augmentation de l'anxiété et de l'apparition de bouffées de chaleur : plusieurs éléments relevés dans le rapport d'expertise psychiatrique divergeaient de son évaluation, notamment s'agissant de violences conjugales, de la situation financière, de l'aspect relationnel ; en définitive, malgré une prise en charge médicale, pharmacologique et multidisciplinaire soutenue, l'intéressée présentait une limitation fonctionnelle majeure associée à un contexte psychosocial très instable et une précarité financière importante ; elle ne manifestait actuellement aucune capacité de projection dans une reprise d'activité professionnelle ou dans un projet personnel.

b. Dans sa réponse du 7 octobre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'appréciation globale interdisciplinaire des experts était suffisamment motivée et tenait compte de tous les aspects médicaux, étant observé que les rapports des médecins traitants de la recourante avaient une valeur probante moindre. Ceux-ci n'avaient par ailleurs pas basé leurs conclusions sur la grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques. L'anamnèse ne constituait pas le récit objectif des événements déterminants de la vie de l'intéressée mais une démarche subjective visant à retracer ses antécédents médicaux et l'historique de ses plaintes et d'en faire part à l'expert. Dans la mesure où la neutralité des médecins concernés n'était pas en cause, on ne pouvait rien tirer de l'argument selon lequel l'anamnèse ne comportait pas l'ensemble des circonstances qui apparaissaient importantes aux yeux de la recourante pour expliquer l'évolution de son état de santé. Par ailleurs, le fait de pouvoir voyager au Portugal n'avait certainement pas été l'unique élément permettant à l'expert psychiatre de prendre ses conclusions, mais constituait un élément parmi d'autres pour évaluer les ressources personnelles de la recourante. Quant au diagnostic de fibromyalgie posé par un rhumatologue, une expertise psychiatrique était

nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail. Enfin, le SMR s'était déterminé sur les nouvelles pièces produites et avait maintenu son appréciation.

L'intimé a joint un avis du 30 septembre 2025 de la Dre L_____, aux termes duquel la médecin traitante n'avait pas apporté d'éléments objectifs nouveaux ou en faveur d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, de sorte que le SMR maintenait ses conclusions précédentes. Il était notamment relevé que la Dre D_____ avait elle-même indiqué que les éléments objectifs n'étaient pas en faveur d'une sciatalgie L5 et que le Dr I_____ avait déjà rapporté des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche. Les restrictions évoquées par la médecin traitante avaient déjà été relatées et la recourante avait néanmoins pu rester assise durant 45 minutes. Des signes indirects de trouble du sommeil n'avaient pas été objectivés. Sur le plan psychiatrique, aucun des médecins ayant examiné la recourante n'avait évoqué de syndrome de stress post-traumatique en lien avec les violences alléguées, et la médecin traitante avait mis en avant la situation financière de la patiente, soit un facteur extra-médical, ainsi que l'absence de contact avec son fils aîné depuis 2013, facteur n'ayant pas entravé son activité professionnelle durant de nombreuses années. Pour le reste, le Dr I_____ avait retenu une baisse de rendement de 20% pour tenir compte des conséquences de la fibromyalgie, à savoir les douleurs et la fatigue évoquées par la médecin traitante, qui mentionnait essentiellement un contexte psychosocial instable et une précarité financière. Les limitations fonctionnelles d'épargne lombaire avaient déjà été retenues par l'expert somatique, qui avait examiné l'atteinte lombaire de façon exhaustive.

c. Par réplique du 28 octobre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions, requérant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a soutenu que la gravité de ses sciatalgies avait été atténuée par l'expert orthopédique et que ses douleurs, difficilement supportables, entraînaient un état dépressif majeur qui avait été injustement écarté par l'expertise. Cette dernière ne tenait en outre aucunement compte de la médication sédatrice dont elle avait rapporté les effets à l'expert alors même qu'il n'avait pas remis en cause qu'elle était contrainte de prendre des benzodiazépines. Le volet orthopédique n'avait pas tenu compte des effets de la prise de Tramal alors qu'elle souffrait de troubles lombaires invalidants. Elle s'en est rapportée aux rapports de ses médecins traitants.

Elle a transmis :

- des rapports des 17 juin et 30 juillet 2025 de la Clinique de la douleur, mentionnant les diagnostics de syndrome douloureux diffus et de douleurs chroniques musculosquelettiques lombocentrales en lien avec des troubles dégénératifs du rachis ; l'intéressée avait consulté en raison de douleurs diffuses et de sciatalgies ; elle avait bénéficié de perfusions de Lidocaïne puis, en raison d'une intolérance, des séances de stimulation magnétique transcrânienne répétitive ; la symptomatologie mécanique

musculosquelettique lombaire s'aggravait cliniquement ; l'IRM du 31 mars 2025 avait montré un discret rétrécissement foraminaux L4-L5 gauche ainsi qu'une discopathie L5-S1 avec hernie discale ; plusieurs prises en charge étaient proposées ;

- un rapport du 30 septembre 2025 du Dr E_____, retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.1), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ; les limitations fonctionnelles étaient liées à la perte de l'élan vital, l'impossibilité d'avoir un rythme régulier même pour ses activités de la vie quotidienne, des troubles importants du sommeil avec fatigabilité importante en journée, des angoisses importantes avec attaques de panique, des limitations cognitives en lien avec l'état dépressif avec difficultés de concentration, oublis fréquents, des limitations liées aux douleurs avec des déplacements qui devenaient pénibles, des difficultés à faire des efforts même minimales ; malgré un traitement psychiatrique et un traitement spécialisé à la consultation de la douleur, l'évolution de l'état de santé et le pronostic étaient défavorables ; la patiente ne parvenait pas à surmonter son état dépressif et le syndrome douloureux se péjorait malgré un traitement antalgique spécialisé et plusieurs infiltrations ; la capacité de travail était nulle dans toute activité.

d. En date du 20 novembre 2025, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Les remarques de la recourante étaient insuffisantes pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

Il a joint un avis du 10 novembre 2025 de la Dre L_____, maintenant ses conclusions précédentes. La prise en charge évoquée dans les rapports de la Clinique de la douleur avait déjà été mentionnée par la Dre D_____ dans son rapport du 29 août 2025. Le rapport du 30 septembre 2025 du Dr E_____ mentionnait des diagnostics qui avaient été analysés par l'expert. La description des activités quotidiennes par l'expert psychiatre était en totale discordance avec les affirmations du psychiatre traitant. Partant, les nouvelles pièces médicales versées dans le cadre du recours n'apportaient pas d'éléments nouveaux ou objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé. En effet, la description des activités de la vie quotidienne par l'expert psychiatre était en totale discordance avec les affirmations du psychiatre traitant. En effet, la recourante indiquait à l'expert qu'elle ne pouvait pas rester sans rien faire. La seule manifestation pouvant ressembler à une attaque de panique était en lien avec un sevrage brutal de Temesta. L'expert n'avait pas observé de difficultés à se mouvoir.

e. Le 2 décembre 2025, la recourante a sollicité une audience de comparution personnelle afin d'être entendue de manière détaillée sur sa journée-type. L'intimé, le SMR et le BEM avaient dévoyé la transcription de celle-ci et son interprétation, pour prétendre qu'elle disposerait encore des ressources personnelles suffisantes, ce qui était en réalité en totale contradiction avec son état de santé, tel qu'attesté par ses différents médecins traitants.

f. Par courrier 10 février 2026, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise rhumatologique et psychiatrique au docteur M_____, spécialiste en rhumatologie, et au professeur N_____, spécialiste en psychiatrie, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait aux experts.

g. Par pli du 19 février 2026, l'intimé a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre des experts annoncés.

Il a produit un avis du SMR, daté du 16 février 2026, aux termes duquel il souhaitait que les experts mesurent la concentration des psychotropes et des antalgiques pris par la recourante pour vérifier la compliance.

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 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

2.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (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 1er 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).

2.2 En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 18 juillet 2025, par laquelle l'intimé a accordé à la recourante une rente d'invalidité de 42.5% d'une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 47% dès le 6 février 2025, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.
4. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'art. 16 LPGA dispose que 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.

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les

travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/750/2019 du 26 août 2019 consid. 7).

4.1 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

D'après l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est fixée selon un tableau.

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

L'art. 49 al. 1^{bis} RAI précise que lors de la détermination des capacités fonctionnelles au sens de cette disposition, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques.

4.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

Le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

4.2.1 Comme pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409) et les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418), le point de départ de l'évaluation des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des constatations médicales qui ont été faites par l'expert psychiatre et lui ont permis de poser un diagnostic reposant sur les critères d'un système reconnu de classification (ATF 141 V 281 consid. 2.1). L'expert doit motiver le diagnostic de telle manière que l'autorité chargée de l'application du droit soit en mesure de comprendre non seulement si les critères de la classification sont effectivement remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1) mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2).

À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion (ATF 141 V 281 consid. 2.2), tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1), qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en

outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Le diagnostic de fibromyalgie, qui est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, doit s'appuyer *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_430/2009 du 27 novembre 2009 consid. 3.4 ; I 134/05 du 13 mars 2006 consid. 3.2.1.3 et 3.2.2.3).

4.2.2 Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

4.2.3 Bien que le diagnostic de fibromyalgie soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble qui, du point de

vue juridique, est similaire aux troubles somatoformes douloureux (douleurs non expliquées par un substrat organique) et doit être traité comme ceux-ci (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références). Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le trouble de l'adaptation est une atteinte à la santé psychique qui n'est, en principe, pas considérée comme une maladie de longue durée et donc potentiellement invalidante. Un trouble de l'adaptation dure rarement plus de six mois (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références). Cependant, selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision (CIM-10), le psychiatre peut préciser le diagnostic de trouble de l'adaptation au moyen de sept subdivisions, avec l'ajout d'un quatrième caractère. Ainsi, il peut diagnostiquer par exemple un trouble de l'adaptation, avec réaction dépressive brève (F43.20) ou avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Or, à la différence du trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) peut persister au-delà de six mois. Dès lors, le trouble de l'adaptation peut sous certaines circonstances - qu'il appartient au psychiatre d'établir conformément à la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 -, être relevant pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 5.2 et les références).

4.2.4 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence des atteintes à la santé

constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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.

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 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence

entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV 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).

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socio-culturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

6. 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).

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).

7. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 18 juillet 2025, l'intimé a retenu que la recourante n'était plus en mesure d'exercer ses activités habituelles dans les secteurs de l'entretien et du nettoyage, d'une part, et de la conciergerie, d'autre part, depuis le 6 février 2024, mais qu'elle disposait d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans un métier adapté respectant ses limitations fonctionnelles somatiques, depuis la date précitée. Ces conclusions reposent sur les avis du SMR, eux-mêmes basés sur le rapport d'expertise du BEM.

La recourante soutient que sa capacité de travail est nulle dans toute activité et se réfère aux rapports de ses médecins traitants.

Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise.

7.1 Le rapport du BEM comporte une appréciation médicale par chacun des experts, fondée sur une anamnèse détaillée, sur le dossier médical dont les différents rapports ont été résumés, ainsi que sur un examen personnel de

l'intéressée. Les plaintes de cette dernière ont été relatées et les experts ont argumenté leurs conclusions et répondu aux questions posées dans le mandat. Enfin, le rapport comporte une partie intitulée « évaluation consensuelle ».

Ce document remplit donc, *a priori*, les conditions formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Toutefois, sur le fond, la chambre de céans relève plusieurs lacunes.

7.2 Tout d'abord, les experts n'ont pas réellement procédé à une « évaluation consensuelle » du cas, puisque cette partie du rapport ne fait que reprendre l'analyse des deux spécialistes, sans discussion commune, que ce soit sur l'évolution de la maladie, les diagnostics, les limitations fonctionnelles, les ressources et les facteurs de surcharge, le contrôle de la cohérence, ou encore la capacité de travail.

Expressément invités à donner une motivation quant à l'incapacité et la capacité de travail « globale », chaque expert a répondu en tenant compte de son propre domaine uniquement. Ainsi, le Dr J_____ s'est contenté d'affirmer qu'il ne retenait pas de limitation pour ce qui était de sa spécialité, et l'expert rhumatologue a seulement répondu que l'activité de femme de ménage n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles et que la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée « pour tenir compte du léger impact de la fibromyalgie sur la vie quotidienne » (*cf.* rapport d'expertise p. 11).

Les experts n'ont ainsi pas analysé les éventuelles interférences entre les différents troubles somatiques et psychiques, et ne se sont pas livrés à une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents.

7.3 Au niveau somatique, le Dr I_____ a diagnostiqué une fibromyalgie, une douleur de l'épaule gauche secondaire à une simple bursite sous-acromio-deltoïdienne sans épanchement et une douleur lombaire sur des discopathies L3-L4 et L5-S1 avec une hernie discale L4-L5 latéralisée du côté gauche, mais sans déficit et sans irradiation dans les membres inférieurs.

Concernant les limitations fonctionnelles, l'intéressée ne devait pas effectuer d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, devait éviter les porte-à-faux du buste, le port de charge proche du corps de plus de 5 kg, les efforts du membre supérieur gauche en abduction et en antépulsion.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 6 février 2024, mais de 80% depuis cette date dans une fonction adaptée, pour tenir compte du léger impact de la fibromyalgie sur la vie quotidienne.

7.3.1 Ces diagnostics retenus apparaissent de prime abord convaincants, puisqu'ils correspondent à ceux évoqués par le Dr H_____, lequel avait diagnostiqué une fibromyalgie et des douleurs de l'épaule gauche dans le contexte d'une bursite sous-acromiale deltoïdienne (*cf.* rapport du 3 septembre 2024), et la

Dre D_____, laquelle avait en outre mentionné une lombalgie récidivante depuis 2008 sur une discopathie L3-L4, L5-S1 avec un rétrécissement canalaire par une protrusion globale L4-L5 et un contact racine L5 selon une IRM de 2018 (cf. attestations des 10 juin et 2 juillet 2024). Quant aux autres troubles physiques énoncés par cette médecin traitante mais qui n'ont pas été admis par l'expert, notamment une « capsulite » de l'épaule gauche et une tendinite chronique du coude droit (cf. attestations des 10 juin et 2 juillet 2024), il sied de relever que la capsulite rétractile n'a pas non plus été retenue par le Dr H_____ (cf. rapport du 3 septembre 2024) et que l'expert a expliqué qu'il ne retrouvait pas la tendinite du coude droit mentionnée dans le dossier.

Cela étant, la chambre de céans relève une contradiction manifeste dans l'expertise du Dr I_____. Ce dernier a diagnostiqué une douleur lombaire « sans déficit et sans irradiation dans les membres inférieurs » (cf. rapport d'expertise p. 18), et affirmé à répétitions reprises dans son évaluation médicale que l'expertisée se plaignait, entre autres, d'une douleur lombaire sur discopathie mais « sans déficit et sans irradiation dans les membres inférieurs » (rapport d'expertise pp. 5, 9, 18, 19). Il ressort toutefois des plaintes de l'intéressée que cette dernière a fait état d'une douleur lombaire qui n'avait pas changé et irradiait « parfois dans le membre inférieur droit ou gauche puisque l'été passé, les irradiations se faisaient plutôt à gauche » (cf. rapport d'expertise p. 11). Le matin, lorsqu'elle posait les pieds par terre, elle avait l'impression de ressentir une douleur violente qui remontait ensuite dans ses jambes jusqu'aux cervicales et jusqu'à la tête. Elle se frottait les membres inférieurs et les bras car elle avait l'impression que tous ses membres étaient « endormis et morts » (cf. rapport d'expertise p. 12). Parfois elle ressentait des picotements dans les deux membres supérieurs comme dans les membres inférieurs (cf. rapport d'expertise p. 11).

Cette discordance permet de douter de l'exactitude du diagnostic posé et remet en cause le bien-fondé de l'évaluation de l'expert qui n'a pas pris en considération les plaintes de l'intéressée en lien avec cette symptomatologie, notamment des limitations de durée pour la marche et le « piétinement » (cf. rapport d'expertise p. 13).

7.3.2 En outre, la recourante s'est présentée à l'expert avec une attelle souple englobant le pouce et le poignet gauche (cf. rapport d'expertise p. 13), mais ne semble pas avoir été interrogée sur les raisons de ce port. Lors de l'examen, elle s'est plainte de douleurs à la mobilisation du pouce, dont le côté n'est pas précisé (cf. rapport d'expertise p. 16), qui n'ont pas été mises en relation avec un diagnostic. En effet, le Dr I_____ a estimé que la douleur de l'épaule gauche s'intégrait dans une fibromyalgie et qu'il en allait de même de la douleur lombaire qui ne présentait aucun déficit neurologique et sans irradiation (cf. rapport d'expertise p. 18). Il n'a toutefois pas précisé ce qu'il en était des douleurs aux niveaux du coude et du pouce, et n'a pas procédé à des investigations particulières.

Or, le rapport de la Clinique de la douleur rendu trois mois après l'expertise mentionne une ténosynovite de De Quervain (*cf.* rapport du 17 juin 2025).

Dans ces conditions, on peut douter que l'expert ait procédé à une étude fouillée du dossier et à des examens complets.

7.3.3 À cela s'ajoute que postérieurement à l'examen de l'expert rhumatologue le 13 février 2025, mais antérieurement au prononcé de la décision litigieuse du 18 juillet 2025, la recourante a présenté une recrudescence de sa symptomatologie lombosciatique, dont elle s'est clairement plainte auprès de l'intimé (*cf.* courriels des 26 et 31 mars 2025). Elle a versé à la procédure plusieurs pièces attestant de cette atteinte et de ses répercussions.

Ainsi, la Dre D_____ a rapporté de fortes douleurs lombaires du côté gauche depuis mars 2025, irradiant dans le membre inférieur gauche selon un trajet L5, atteignant la cuisse, la jambe et les orteils, en particulier le gros orteil. Ces douleurs, plurifocales et touchant principalement la ceinture scapulaire, le rachis et les extrémités, étaient décrites comme des brûlures, des élancements et des engourdissements. La médecin traitante a constaté une boiterie marquée et attesté d'un impact fonctionnel important, avec un périmètre de marche très limité, une intolérance à la station assise et debout prolongée, l'impossibilité de trouver une position confortable la nuit et des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne (*cf.* rapports des 3 juin et 29 août 2025).

Elle a adressé sa patiente à la Clinique de la douleur, en raison des sciatalgies et des douleurs diffuses. Il ressort du rapport y relatif que les douleurs étaient décrites comme profondes, avec élancements dans la fesse, décharges électriques et paresthésie le long du membre inférieur gauche. Elles étaient aggravées par la marche, la station prolongée, les mouvements répétés et le port de charges. Une infiltration trochantérienne pratiquée en mars 2025 n'avait apporté aucun soulagement. La symptomatologie lombosciatique, qui était actuellement la plus invalidante selon l'intéressée, semblait liée à une atteinte dégénérative du rachis lombaire, avec une suspicion de radiculalgie L5 associée à un syndrome facettaire lombaire, contribuant de manière significative à l'intensité du tableau douloureux global. La patiente présentait en outre des douleurs musculosquelettiques d'allure mécanique et inflammatoire localisées, notamment au niveau de l'épaule et du poignet gauches, probablement en lien avec les séquelles d'une bursite sous-acromiale et une ténosynovite de De Quervain (*cf.* rapport du 17 juin 2025). Quelques semaines plus tard, la lombosciatalgie a été qualifiée de « sévère » par la Clinique de la douleur, qui a également signalé une aggravation clinique de la symptomatologie mécanique-musculosquelettique lombaire. La patiente manifestait une attente forte d'une prise en charge plus active et une infiltration transforaminale en L5-S1 gauche était envisagée (*cf.* rapport du 30 juillet 2025).

Contrairement à ce que suggère le SMR dans son avis du 30 septembre 2025, on ne saurait écarter l'existence d'une sciatalgie L5 sur la seule base du rapport de la

Dre D_____. Cette dernière a succinctement noté que l'IRM lombaire de mars 2025 n'avait « pas confirmé de radiculopathie lombaire gauche » (*cf.* rapport du 29 août 2025), sans autre explication médicale. Or, il ressort du rapport de la Clinique de la douleur que l'IRM du 31 mars 2025 avait montré que la discopathie avec hernie discale était en contact avec les racines S1 des deux côtés et comprimait plus la racine S1 droite que gauche. Le spécialiste ayant examiné la recourante a conclu que la symptomatologie lombosciatique semblait liée à une atteinte dégénérative du rachis lombaire, avec une suspicion de radiculalgie L5 associée à un syndrome facettaire lombaire contribuant de manière significative à l'intensité du tableau douloureux global (*cf.* rapport du 17 juin 2025), lequel a été qualifié de « très complexe ». Il a notamment été précisé que si les anomalies visualisées à l'IRM étaient modérées, elles devaient toutefois être interprétées avec prudence, compte tenu des limites de corrélation entre imagerie et douleurs chroniques (*cf.* rapport du 30 juillet 2025).

C'est le lieu de relever que l'appréciation précitée du SMR interroge, puisque la Dre L_____ a remarqué que le Dr I_____ avait déjà rapporté des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche, sans relever que l'expert s'était contredit à ce sujet.

À ce stade, les pièces au dossier ne permettent pas à la chambre de céans de savoir si la compression de la racine nerveuse S1 au niveau L5-S1 provoque la symptomatologie lombosciatique rapportée par la recourante. Cela étant, elles établissent, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que cette symptomatologie, qui n'a pas été prise en considération par l'expert rhumatologue, s'est aggravée depuis l'examen au BEM, à l'instar de la symptomatologie mécanique-musculosquelettique lombaire.

Il sera encore observé que les spécialistes de la Clinique de la douleur ont expliqué que le syndrome douloureux diffus s'inscrivait dans le cadre de douleurs chroniques primaires, relevant d'un mécanisme nocioplastique, qui se caractérisait par une hyperalgésie primaire et secondaire, des phénomènes de facilitation centrale et un retentissement fonctionnel important. L'ensemble de ces éléments était présent chez la patiente. À cette composante nocioplastique s'ajoutaient des douleurs musculosquelettiques et une symptomatologie lombosciatique. Une prise en charge spécialisée a été proposée, avec des perfusions intraveineuses itératives pour désensibiliser les circuits de la douleur, soulager les douleurs rebelles et améliorer l'état général. En seconde intention était proposé un traitement de neuromodulation par stimulation magnétique transcrânienne répétitive, visant à agir non seulement sur la douleur, mais également sur la fatigue, l'humeur dépressive et la qualité du sommeil. Enfin, était envisagée une infiltration péri-durale au niveau L5-S1 gauche (*cf.* rapport du 17 juin 2025).

Ces indications et la prise en charge proposées contrastent avec l'appréciation du Dr I_____, qui a estimé que la recourante exagérait ses plaintes, puisqu'il a noté qu'elle était restée assise 45 minutes sans manifester de stigmates douloureux

mais indiquait que la position assise n'était possible que 20 minutes, qu'elle avait tiré sur sa fermeture éclair de manteau pour la décoincer avec ses deux mains et fouillé dans son sac à main avec les deux mains alors qu'elle déclarait ne pas pouvoir utiliser son pouce gauche (cf. rapport d'expertise p. 13), puis s'était déshabillée en prenant soin de ne pas utiliser sa main gauche (cf. rapport d'expertise p. 15). L'expert a considéré que seule la fibromyalgie pouvait expliquer la totalité des douleurs et surtout son extension qui dépassait largement les éléments objectifs anatomiques, que les limitations n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie, que l'intéressée avait été plutôt démonstrative et peu coopérante, que ses ressources internes semblaient limitées par son licenciement en conciergerie, par son sentiment d'injustice qui entraînait probablement une mauvaise tolérance à la douleur. La force de préhension était de 0 kg de la main gauche, ce qui correspondait à une paralysie sans explication rationnelle du point de vue rhumatologique ou neurologique, alors que l'expertisée avait utilisé sa main gauche (cf. rapport d'expertise p. 19).

7.4 Au niveau psychiatrique, le Dr J_____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive en rémission partielle. Il n'a retenu ni restriction, ni incapacité de travail.

7.4.1 En ce qui concerne le diagnostic, l'argumentation de l'expert apparaît peu poussée.

Il a expliqué qu'il retenait un trouble de l'adaptation dans la mesure où « l'anamnèse précise » n'était pas en faveur d'une période durant laquelle l'ensemble des critères pour un épisode dépressif selon la nomenclature auraient été réunis (cf. rapport d'expertise p. 31).

D'emblée, la chambre de céans constate que le Dr J_____ n'a pas précisé les critères clés déterminants selon la Classification internationale des maladies, 10^e version (CIM-10, à laquelle il s'est référé), que ce soit pour le trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive ou pour le trouble dépressif, en précisant quels étaient les symptômes essentiels et les autres critères, et combien d'entre eux devaient être remplis pour valider le diagnostic et déterminer sa sévérité.

Il s'est contenté d'affirmer que la tristesse ne pouvait pas être considérée comme « apparente » car elle était « variable » en fonction des circonstances, notamment du temps qu'elle « pouvait passer avec des collègues » ou lors de vacances au Portugal en 2024. L'intérêt et le plaisir étaient conservés dans certaines activités extraprofessionnelles. L'intéressée ne décrivait pas de trouble de la concentration, de l'attention, n'évoquait pas de diminution de l'estime d'elle-même ou des idées de culpabilité. Elle n'avait jamais présenté d'idées suicidaires. Elle évoquait des troubles du sommeil du fait de la plainte douloureuse. L'appétit était variable et elle avait déclaré avoir perdu 2 kg sur toute la période. Elle décrivait toutefois des

perturbations émotionnelles de type anxieux et une tristesse de l'humeur (*cf.* rapport d'expertise p. 31).

Ces quelques explications ne sont pas convaincantes. S'agissant de la tristesse, on ignore tout de la fréquence des « variations », mais l'expertisée a déclaré être « en général toujours triste dernièrement » (*cf.* rapport d'expertise p. 25). Si elle a déclaré éprouver du plaisir dans quelques activités, elle a aussi déploré ne plus pouvoir lire (*cf.* rapport d'expertise p. 25), précisant qu'elle faisait auparavant beaucoup de course à pied et appréciait la lecture, mais qu'elle n'avait actuellement plus de hobbies (*cf.* rapport d'expertise p. 26). La recourante a évoqué des difficultés de mémoire (*cf.* rapport d'expertise pp. 25, 28) et a décrit son sommeil comme « très perturbé » (*cf.* rapport d'expertise p. 26).

S'agissant de l'anamnèse, l'expert a indiqué dans son résumé des antécédents que la recourante avait consulté un psychiatre en 2006 car elle « ne s'est pas senti bien » en raison de problèmes conjugaux, avec une brève prise en charge médicamenteuse mais sans interruption de son activité professionnelle. Elle avait évoqué une seconde réaction similaire après le départ de son ex-conjoint, au début de l'année 2022. Elle avait été « un peu triste » pendant deux mois mais avait toujours travaillé. L'année 2023 avait été vraiment difficile, « un cauchemar » (*cf.* rapport d'expertise p. 23). Plus loin dans son expertise, le Dr J_____ a indiqué « dans les suites de la séparation avec son ex-compagnon », l'intéressée avait bénéficié d'une prise en charge pendant deux mois « début 2023 », qui avait été efficace et interrompue. Elle avait repris contact avec son psychiatre en octobre 2023, qui lui avait prescrit des arrêts de travail et qu'elle avait revu par la suite chaque semaine (*cf.* rapport d'expertise p. 28).

Cette anamnèse est toutefois incorrecte et incomplète. En effet, le rapport d'expertise contient un récapitulatif des arrêts de travail, duquel il ressort que la recourante a été en incapacité de travail du 3 au 11 septembre 2022, attestée par la docteure N_____, spécialiste en psychiatrie (*cf.* rapport d'expertise p. 5).

Dans ces conditions, le bien-fondé de l'analyse du Dr J_____, qui a nié le diagnostic de trouble dépressif au profit d'un trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive, n'est pas vérifiable. Il en va de même de l'état de « rémission partielle » du trouble de l'adaptation.

Concernant le diagnostic de trouble somatoforme, l'expert a indiqué qu'il ne le retenait pas car les douleurs étaient « inconstantes le jour de l'examen ». Il n'y avait eu à aucun moment recours à de multiples spécialistes ou explorations complémentaires, il n'avait pas objectivé de détresse émotionnelle et l'intéressée rapportait une relation de confiance avec les personnes la prenant en charge et n'avait pas mis en œuvre de stratégie pour que lui-même constate à tout prix les symptômes qu'elle disait présents (*cf.* rapport d'expertise p. 33). Cette succincte appréciation ne suffit pas à nier le diagnostic confirmé à plusieurs reprises par le Dr E_____ (*cf.* rapports des 10 septembre 2024, 3 juin et 30 septembre 2025),

lequel a fait état d'un épuisement physique et psychique important (*cf.* rapport du 25 septembre 2024). Il est notamment rappelé que, depuis le début de son incapacité de travail durable, la recourante est suivie par sa médecin traitante spécialiste en médecine interne, son psychiatre et un rhumatologue. En outre, elle a consulté à deux reprises une cardiologue (*cf.* rapport d'expertise pp. 42 et 46), s'est soumise à différents examens radiologiques, s'est rendue dans des services d'urgences et a été adressée à la Clinique de la douleur durant l'été 2025, où elle a sollicité une prise en charge plus active (*cf.* rapport du 30 juillet 2025). De plus, les différentes pièces au dossier parlent en faveur d'une douleur persistante et intense, avec la chronicisation des douleurs.

La chambre de céans n'est donc pas en mesure de vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés.

7.4.2 L'expert a relevé plusieurs incohérences entre les plaintes et ses constatations au jour de l'examen, qu'il a étayées de plusieurs exemples. Ainsi, l'expertisée avait présenté des signes en rapport avec la plainte douloureuse en début de l'échange, mais ces manifestations n'étaient plus constatées durant les moments où elle s'animait davantage. Elle évoquait une fatigue quasi constante mais n'en présentait aucun signe observable « sur toute la journée de l'examen », bien qu'elle déclarât avoir enchaîné quatre rendez-vous la veille. Elle avait indiqué avoir visité entre 20 et 30 appartements ce qui n'allait pas non plus dans ce sens. Il n'avait à aucun moment constaté de signe en rapport avec l'anxiété même lorsqu'elle était revenue dans le détail sur la période de conflit professionnel et ses conséquences. La description de son séjour en famille au Portugal l'été dernier apparaissait peu cohérente. En outre, l'intéressée affirmait ne pas boire d'alcool, alors que les analyses biologiques réalisées avaient démontré une consommation modérée. Ceci n'altérerait pas la plausibilité de ses conclusions, mais indiquait des déclarations inexactes de l'expertisée. Au regard de « certaines incohérences », l'expert a déclaré se fonder de manière prépondérante sur les données objectives pour conserver une bonne plausibilité à ses conclusions (*cf.* rapport d'expertise p. 35).

La chambre de céans remarquera que l'expert n'a mené qu'un seul entretien psychiatrique, d'une durée d'une heure et trente-cinq minutes (*cf.* rapport d'expertise p. 3), ce qui relativise ses constats s'agissant de la fatigue « sur toute la journée de l'examen » et de l'anxiété. Il n'a pas précisé la durée pendant laquelle la recourante avait effectué ses recherches de logement, mais ces dernières se sont étalées sur de longs mois, puisqu'il ressort du rapport du 14 juin 2024 de la Dre D _____ que la recourante cherchait un logement en juin 2024 déjà.

Que la recourante ait été en mesure d'honorer quatre rendez-vous la veille et de partir en vacances dans son pays d'origine en juillet 2024 (*cf.* rapport d'expertise p. 25) n'apparaît en soi pas incohérent avec les plaintes rapportées, en l'absence de toute autre argumentation. On relèvera également que la recourante a déclaré à

l'expert rhumatologue qu'elle avait voyagé avec des neveux car elle se sentait incapable de le faire seule (*cf.* rapport d'expertise p. 24).

Quant à la contradiction relative à la consommation d'alcool, sur laquelle la recourante n'a semble-t-il pas été interrogée, elle ne saurait suffire pour écarter les plaintes de la recourante au profit des impressions de l'expert lors d'un seul et unique entretien.

On relèvera encore que les médecins qui suivent régulièrement la recourante ont attesté d'une bonne compliance chez cette patiente qui était proactive pour recevoir le traitement adéquat (*cf.* rapport 31 janvier 2025 du Dr F_____), une bonne observance thérapeutique (*cf.* rapport du 10 septembre 2024 du Dr E_____) et que plusieurs propositions thérapeutiques ont été développées compte tenu du tableau douloureux global « très complexe » et de l'importance d'interpréter « avec prudence » les examens radiologiques, « compte tenu des limites de corrélation entre imagerie et douleurs chroniques » (*cf.* rapport du 30 juillet 2025 de la Clinique de la douleur).

7.4.3 S'agissant du *status* psychiatrique, sur lequel reposent pour l'essentiel les conclusions de l'expert, ce dernier a notamment indiqué qu'il n'y avait pas de signe de fatigue ou de fatigabilité objectivé, que le niveau d'énergie était resté stable, que l'attention et la concentration étaient restées normales et constantes durant toute la session (*cf.* rapport d'expertise p. 29). Aucun trouble n'avait été relevé concernant la mémoire de travail (court terme), la mémoire sémantique (aucune perte de mots), la mémoire épisodique (souvenirs à long terme conscients), la mémoire procédurale (automatismes inconscients) ou la mémoire perceptive (associée aux différentes modalités sensorielles ; *cf.* rapport d'expertise p. 29).

Ces constats semblent diverger de ceux du Dr I_____, puisque cet expert a admis l'existence d'une « fibromyalgie avec 19 points WPI positifs sur 19, une douleur chronique en association avec une asthénie et des troubles mnésiques » (*cf.* rapport d'expertise p. 17).

En ce qui concerne plus précisément les capacités cognitives, jugées satisfaisantes par l'expert psychiatre, il sera observé que la recourante n'a pas été en mesure de préciser l'année de naissance de son père et a déclaré ne pas se rappeler celle de sa mère (*cf.* rapport d'expertise p. 23), ce qui interroge. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle essayait de lire mais oubliait le début lorsqu'elle arrivait à la fin (*cf.* rapport d'expertise p. 25), qu'elle aimerait beaucoup pouvoir lire mais qu'elle était empêchée par les troubles de la mémoire (*cf.* rapport d'expertise p. 26). Elle a décrit un flou mental et visuel en lien avec le traitement médicamenteux (*cf.* rapport d'expertise p. 28). En outre, la Dre D_____ avait également signalé des troubles de la concentration (*cf.* rapports des 14 juin et 2 juillet 2024) et le Dr E_____ un ralentissement psychomoteur (*cf.* rapport du 10 septembre 2024). L'expert ne pouvait écarter toute difficulté

cognitive sans procéder à un bilan neuropsychologique, sur la seule base de ses constatations durant un entretien d'une heure et demie, au vu des plaintes récurrentes de la recourante en la matière et des autres avis au dossier.

Pour ce qui est de la fatigue, la recourante a déclaré au Dr I_____ qu'elle était réveillée systématiquement (*cf.* rapport d'expertise p. 14) et au Dr J_____ que le sommeil était perturbé par des réveils douloureux (*cf.* rapport d'expertise p. 26) et qu'elle ressentait une fatigue « quasi constante » (*cf.* rapport d'expertise p. 35). La Dre D_____ avait aussi signalé des troubles du sommeil, de la fatigue et une asthénie (*cf.* rapports des 14 juin et 2 juillet 2024), le Dr E_____ des troubles du sommeil avec une tendance à faire des cauchemars (*cf.* rapport 10 septembre 2024), un épuisement physique et psychique important avec des angoisses et des insomnies (*cf.* rapport du 25 septembre 2024), et le Dr H_____ des troubles du sommeil avec une importante asthénie déjà présente le matin (*cf.* rapport du 3 septembre 2024). L'absence de somnolence ou de signe de fatigue durant un seul entretien ne justifie pas d'écarter les doléances de la recourante, constantes et relayées par l'ensemble des médecins régulièrement consultés.

Pour le reste, on relèvera d'importantes divergences entre le *status* présenté par le Dr J_____ et le contenu des rapports des médecins traitants de la recourante. L'expert a en effet constaté qu'il n'y avait aucun abaissement de l'humeur, pas de pleurs, pas d'irritabilité, pas d'impulsivité, pas d'instabilité psycho-comportementale, et indiqué que l'expertisée avait évoqué à plusieurs reprises le sentiment qu'elle allait s'en sortir et avait été animée de façon positive lorsqu'il l'avait interrogée sur son avenir (*cf.* rapport d'expertise pp. 29-30). Pour sa part, le Dr E_____ a évoqué une thymie dépressive avec ralentissement psychomoteur, une perte de motivation, une anxiété et de l'angoisse à la moindre évocation de l'environnement professionnel, des troubles du sommeil avec une tendance à faire des cauchemars. Il a également fait état de labilité émotionnelle, de limitations relationnelles, d'angoisses invalidantes, d'irritabilité et de sentiments de persécution, ajoutant que la patiente s'effondrait en pleurs à la moindre contrariété (*cf.* rapport du 10 septembre 2024). Elle décrivait un épuisement physique et psychique important avec des angoisses et des insomnies, un fort sentiment d'injustice et une importante frustration (*cf.* rapport du 25 septembre 2024).

7.4.4 De surcroît, dans son rapport du 3 juin 2025, le Dr E_____ a fait état d'une péjoration de l'état dépressif, indiquant que les limitations étaient plus importantes en raison d'angoisses invalidantes et de l'installation de crises de panique malgré un traitement pharmacologique bien conduit. La patiente n'arrivait plus à s'occuper d'elle-même et s'appuyait sur son fils cadet qui vivait avec elle.

Cette appréciation est corroborée par le rapport de la Clinique de la douleur, où il a été constaté que le tableau douloureux était associé à un « contexte de trouble

dépressif majeur », actuellement traité par Bupropion et Sertaline, après l'échec de la Venlafaxine (cf. rapport du 17 juin 2025).

Enfin, dans son dernier rapport produit, le psychiatre traitant a confirmé que le trouble dépressif récurrent de sa patiente était de degré sévère et a estimé que les limitations fonctionnelles étaient plus étendues. Il a décrit précisément la symptomatologie, citant une perte de l'élan vital, l'impossibilité d'avoir un rythme régulier même pour les activités de la vie quotidienne, un trouble important du sommeil avec fatigabilité importante en journée, des angoisses importantes avec attaque de panique, des limitations cognitives en lien avec l'état dépressif avec des difficultés de concentration, des oublis fréquents, des limitations liées aux douleurs avec des déplacements qui devenaient pénibles, des difficultés à faire des efforts même minimes. Il a précisé que malgré un traitement psychiatrique et un traitement spécialisé à la consultation de la douleur, l'évolution de l'état de santé et le pronostic étaient défavorables. La patiente ne parvenait pas à surmonter son état dépressif et le syndrome douloureux se péjorait malgré un traitement antalgique spécialisé et plusieurs infiltrations. La capacité de travail était nulle dans toute activité (cf. rapport du 30 septembre 2025).

7.5 Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du BEM ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale et d'ordonner une expertise bidisciplinaire afin de clarifier les différents aspects médicaux, leurs interactions et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

Une expertise judiciaire est donc ordonnée et confiée au Dr M_____ et au Prof. N_____.

Le point I.D.7 de la mission d'expertise est complété dans le sens proposé par l'intimé.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise de la recourante. Commet à ces fins :

- le docteur M_____, spécialiste en rhumatologie, Centre médical O_____,
Route P_____, Q_____, et
- le professeur N_____, spécialiste en psychiatrie, p.a. Hôpitaux universitaires de
Genève, Service _____, avenue R_____, S_____ Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la
personne expertisée, en particulier la Dre D_____, les
Drs H_____, F_____ et E_____, ainsi que les spécialistes consultés auprès
de la Clinique de la douleur.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres
examens, dont un bilan neuropsychologique.

D. Charge le Dr M_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments
suivants :

- 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
- 2. Plaintes de la personne expertisée**
- 3. Status et constatations objectives**
- 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-
elles à un substrat organique objectivable ?

- 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) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

- 6.1 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.
- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?
- 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

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

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

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

7. Traitement

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

7.2 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 ?

7.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance à l'aide d'un dosage sanguin ?

7.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec les appréciations de la Dre D_____, des Drs H_____ et F_____, et des spécialistes consultés auprès de la Clinique de la douleur ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____ ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles retenues ? Si non, pourquoi ?

9 Quel est le **pronostic** ?

10 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11 Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Prof. N_____, psychiatre, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

G. Charge le Prof. N_____, d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 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).

4.5 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) ?

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

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

7. Personnalité

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

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 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 ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 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 Solliciter un contrôle de l'adhésion médicamenteuse avec interprétation clinique des résultats.
- 10.3 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 ?
- 10.4 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 ?
- 10.5 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 les avis du Dr E_____ ? En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr J_____ ? En particulier avec le diagnostic posé et l'absence de toute limitation fonctionnelle ? 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.

H. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr M_____, rhumatologue, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le