RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3207/2022 **ATAS/121/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 27 février 2023

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Noudemali Romuald ZANNOU	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1973, originaire du Kosovo, mariée, mère de trois enfants, a travaillé à raison de 10h par semaine comme nettoyeuse pour B_____, depuis le 13 septembre 2017 jusqu'au 31 août 2020.

b. Le 29 avril 2019, l'assurée a chuté dans les escaliers de son immeuble et a subi une contusion au niveau occipital et une commotion cérébrale avec perte de connaissance. Elle a été prise en charge par le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Centre médico-chirurgical P_____, qui a prescrit des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Un arrêt de travail à 100% lui a été délivré. La caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) a pris en charge le cas jusqu'au 31 juillet 2019. Au-delà, la SUVA a considéré qu'il n'y avait plus de lien de causalité avec l'accident. L'assurée a bénéficié d'indemnités journalières de l'assureur maladie perte de gain, la BALOISE ASSURANCE SA (ci-après : LA BALOISE), du 1er août 2019 jusqu'au 30 novembre 2020.

B. **a.** Depuis le 29 avril 2019, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale.

b. Le 10 mai 2019, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (nodule toxique du lobe thyroïdien gauche).

c. L'IRM cervicale pratiquée le 4 juillet 2019 a mis en évidence une discopathie protrusive en C5-C6, une discopathie moins marquée en C6-C7, une uncarthrose C5-C6 et C6-C7, ainsi que de discrètes discarthroses dégénératives.

d. Un scanner cérébral avec angioCT a été effectué le 3 septembre 2019. L'examen n'a pas objectivé d'anomalie parenchymateuse suspecte, ni d'anomalie sur le polygone de Willis, il n'y avait pas de lésion notamment du pariétal gauche ni du cadre osseux. Une calcification en regard du bulbe carotidien gauche avec une plaque sous-jacente a été mise en évidence, mais n'entrainant pas de sténose significative.

e. Le 24 février 2020, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, médecin de la SUVA, a estimé que l'incapacité de travail était nécessaire, mais pas en lien avec l'accident.

f. Le 10 juin 2020, le docteur E_____, médecin adjoint agrégé du service de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dans le cadre d'une consultation spécialisée du rachis, a constaté la persistance de douleurs cervicales et du membre supérieur droit, avec un état thymique très fragile. L'origine du mal était musculaire, sans aucune indication chirurgicale et un bilan multidisciplinaire était proposé.

g. Le 17 juin 2020, la consultation ambulatoire initiale du service de neurologie des HUG a posé le diagnostic de discopathie pluri-étagée, notamment au niveau

C5-C6 et C6-C7 sans conflit radiculaire franc, sans symptôme en rapport avec son canal cervical étroit.

h. Le 9 septembre 2020, le Dr E_____, après évaluation multidisciplinaire (physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie) des HUG, a constaté que l'assurée présentait une situation complexe avec des cervicobrachialgies chroniques post-traumatiques, des malaises et vertiges dont l'origine restait incertaine mais qui pourraient aussi s'inscrire dans ce contexte, un trouble anxieux avec répercussion importante sur le quotidien et un état dépressif réactionnel à la situation physique et sociale, accompagné d'importants troubles de la concentration et de la mémoire. Il a proposé des pistes thérapeutiques.

i. A la demande de LA BALOISE, le docteur F_____, FMH rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise le 14 novembre 2020 et a posé le diagnostic de cervicobrachialgies droites chroniques, sans syndrome vertébral, sans syndrome radiculaire, sans déficit neurologique et une diminution subjective de sensibilité de l'hémicorps droit chronique ; l'état dépressif intervenait de façon très importante dans les douleurs et les plaintes, justifiant une expertise psychiatrique ; une évaluation ORL pour les vertiges était recommandée et un ENMG du membre supérieur droit souhaitable. L'assurée pouvait travailler 20h par semaine comme employée de ménage et à 100% dans un emploi léger (sans port de charge de plus de 5 kg, sans utilisation du membre supérieur droit à hauteur, sans travaux sur échelle ou escabeau).

j. Le 3 décembre 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.

k. Le 12 décembre 2020, le docteur G_____, FMH gynécologie et obstétrique, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 25 avril 2019 et de cervico-brachialgie et lombalgie post-traumatiques, d'entorse de la cheville droite en juillet 2020, d'un état dépressif, de vertiges et HTA.

l. Le 18 décembre 2020, le Dr E_____, a posé les diagnostics de cervico-brachialgie droite post-traumatique (avril 2019) sans arguments pour un syndrome radiculaire irritatif, de vertiges possiblement cervicogéniques, de dysfonction ATM droite, de déchirure du ligament talo-fibulaire antérieur grade 3, de trouble anxieux et d'état dépressif avec probable composante de trouble somatoforme douloureux. L'évolution était globalement défavorable.

m. Le 19 décembre 2020, la consultation d'otoneurologie des HUG a exclu une atteinte vestibulaire aux vertiges, suspecté une possible origine fonctionnelle post-traumatique et constaté une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire droite nécessitant de la physiothérapie.

n. Le 30 mars 2021, la doctoresse H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport attestant de trouble dépressif récurrent moyen, trouble anxieux sans précision et trouble de la personnalité sans précision, justifiant une incapacité de travail totale depuis juillet 2020.

o. Le 8 décembre 2021, le docteur I_____, FMH neurologie, a mentionné un ENMG normal et indiqué qu'il n'y avait pas d'explication neurologique à la symptomatologie.

p. A la demande de l'OAI :

- la Dresse H_____ a rendu un rapport le 10 décembre 2021, mentionnant une évolution stationnaire et une incapacité de travail totale depuis juillet 2020 ;
- le Dr G_____ a indiqué le 22 décembre 2021 la persistance de fortes douleurs du cou et du bras droit invalidantes ; l'assurée avait de la peine à lever le bras et présentait de la fatigue.

q. A la demande de l'OAI, le J_____ (ci-après : J_____) a effectué une expertise bidisciplinaire, soit rhumatologique (docteur K_____, FMH rhumatologie) et psychiatrique (doctoresse L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie) et rendu un rapport le 2 juin 2022 concluant à l'absence de tout diagnostic incapacitant. Il a retenu les diagnostics suivants : syndrome de douleurs chroniques dans le cadre d'une fibromyalgie (M79.7), discopathie pluri-étagée C1-C2 et C5-C6 et C6-C7 sans conflit radiculaire (M51.3), status après possible entorse cervicale le 29 avril 2019 (S13.4), hernie discale modérée médiale et para médiane ddc de L5-S1 (M51.9), lésion de la poulie bicipitale subscapulaire D (juillet 2020) avec déchirure du ligament talo-fibulaire (S93.4), status après thyroïdectomie partielle pour module thyroïdien toxique G le 14 mai 2019 (E05), obésité (IMC 30,1 kg/m2) (E66.04), CIM10-F41.9 trouble anxieux sans précision et trouble somatoforme indifférencié (à discuter).

L'assurée était capable de travailler à 100% dans toute activité depuis 2019.

r. Le 13 juin 2022, le service médical régional (ci-après : SMR) a estimé que l'assurée était totalement capable de travailler dans tout activité dès 2019.

s. Par projet de décision du 15 juin 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations, faute d'atteinte invalidante.

t. Le 4 juillet 2022, l'assurée s'est opposée au projet de décision en faisant valoir qu'elle s'estimait invalide.

u. Le 23 août 2022, l'assurée a transmis :

- un rapport du 14 juin 2022 des Drs E_____ et M_____, médecin assistante extraordinaire aux HUG, concernant une consultation du 16 mai 2022 pour un suivi de douleurs généralisées chroniques, plus accentuées au niveau cervico-brachial droit, avec un abaissement du seuil de la douleur. Une approche multimodale était conseillée ;
- un rapport du 13 juin 2022 de la Dresse H_____, attestant d'un état anxio-dépressif important.

v. Le 29 août 2022, le SMR a maintenu son avis du 13 juin 2022.

w. Par décision du 30 août 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. **a.** Le 3 octobre 2022, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à son annulation ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

Son droit d'être entendue avait été violé car l'OAI n'avait pas indiqué en quoi les nouveaux documents médicaux ne pouvaient modifier l'avis du 13 juin 2022. Le Dr E_____ relevait une échelle de sévérité, dont les valeurs étaient supérieures à celles établies dans l'expertise, témoignant d'une aggravation de l'état de santé. Elle a communiqué un rapport du 29 septembre 2022 du docteur N_____, chiropraticien, attestant d'une incapacité totale de travailler.

b. Le 24 octobre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le rapport d'expertise du J_____ était probant et les médecins traitants n'amenaient aucun élément objectif permettant de le mettre en cause.

c. Le 24 novembre 2022, l'assurée a répliqué, en soulignant que le Dr E_____ avait attesté d'une aggravation de son état de santé postérieurement au rapport d'expertise du J_____.

d. Le 19 décembre 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

e. Le 26 janvier 2023, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée à la doctoresse O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et les a invitées à se déterminer sur la proposition de mission d'expertise et sur le choix de l'expert.

f. Le 14 février 2023, l'OAI s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire, l'estimant mal-fondée et superflue et a signalé que le SMR avait requis le 7 février 203 une question complémentaire. Quant à la recourante, elle a accepté la mission d'expertise le 15 février 2023.

EN DROIT

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

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

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la recourante se prévaut d'une incapacité de travail totale dès avril 2019, de sorte que l'état de fait commande l'application du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6.1 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée

aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.2 Dans l'ATF 141 V 281, 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 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a 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 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 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion

tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

6.4 En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

6.5 La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). 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).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

   Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

  Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

  Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141

V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

7.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants,

le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

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

7.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7.6 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8.

8.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 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).

9. En l'occurrence, vu l'avis totalement divergent des Dresses L_____ et H_____, notamment concernant l'évaluation de la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique, il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire, laquelle sera confiée à la doctoresse O_____.

L'intimé estime qu'une expertise judiciaire psychiatrique n'est pas utile. A cet égard, il sera relevé que même si l'avocat de la recourante a indiqué, lors de l'audience de comparution personnelle des parties, que les conclusions de l'expertise du J_____ n'étaient pas contestées, il a souligné que l'état de santé de la recourante s'était aggravé antérieurement à la décision litigieuse.

Un nouvel examen de l'état de santé psychique de la recourante est ainsi justifié, lequel, pour des raisons de cohérence, ne saurait être limité à la période postérieure à l'expertise du J_____ de juin 2022.

Au surplus, la question requise par le SMR sera ajoutée à la mission d'expertise (point 10.5).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins la doctoresse O_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, à 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 doctoresse H_____.
C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

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

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 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'autre 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 ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 29 avril 2019 (date de l'accident) ?

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

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

10. Traitement

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

10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement

efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

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

10.5 En cas de traitement de psychotropes, effectuer des dosages sanguins.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis de la doctoresse H_____ des 30 septembre 2021, 10 décembre 2021 et 13 juin 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'expertise de la doctoresse L_____ du 2 juin 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail totale de la personne expertisée depuis 2019 ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

La greffière | La présidente

Adriana MALANGA | Valérie MONTANI

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