

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3625/2023

ATAS/460/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 28 mai 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

Représentée par Me Didier KVICINSKY, avocat

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1974, originaire du Kosovo et mariée. Elle a eu trois fils, dont l'aîné né le _____ 1997 est décédé le 26 juillet 2011. Ses deux autres fils sont nés le _____ 1999 et _____ 2008.
- B.** **a.** Elle a demandé les prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 7 avril 2017 en raison d'un état dépressif depuis 2010 et d'une lombalgie chronique depuis 2012.
- b.** Dans un rapport établi le 19 mai 2017, le docteur B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 2 février 2017 en raison d'une dépression moyenne. Elle était originaire du Kosovo/Albanie et avait grandi en Albanie. À 22 ans, elle avait accouché dans des conditions difficiles de son premier enfant. Il était apparu deux ou trois semaines plus tard que son enfant avait eu une infection grave avant l'accouchement, avec des implications cérébrales. Il était spastique, « IMC » (infirme moteur cérébral), et incapable de parler ainsi que de se déplacer. L'assurée s'était occupée de lui jusqu'à son décès. Elle était arrivée en Suisse en 1999, à 24 ans, six mois après la naissance de son deuxième enfant. Depuis lors, elle avait été très occupée par les soins prodigués à son fils aîné et par l'éducation de ses deux autres fils. La vie, l'infirmité et le décès de son fils aîné étaient très difficiles à accepter pour l'assurée. Celui-ci lui manquait beaucoup et elle avait des sentiments mêlés (tristesse, colère et culpabilité). Actuellement, elle vivait passablement repliée à la maison, essentiellement centrée sur la vie de ses deux fils. Elle avait beaucoup de difficultés à se réinvestir et profiter de la vie. Elle disait souffrir de problèmes de sommeil et présentait une symptomatologie compatible avec une dépression moyenne, avec beaucoup de fatigue, d'anxiété et de tensions. Elle souffrait de maux de dos, après avoir porté son fils aîné pendant treize ans, ainsi que de douleurs gastriques (hyperacidité gastrique). L'assurée n'avait pas de profession. Elle avait travaillé comme femme de ménage quatre heures par semaine pendant deux ans environ. S'agissant de la capacité de travail, le médecin renvoyait au médecin somaticien et retenait pour sa part une capacité de travail de 30% à 50% en raison d'une fatigabilité et d'un manque d'envie.
- c.** Dans un rapport établi le 17 juin 2017 par le docteur C _____, spécialiste en médecine générale, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis 2014 en raison de troubles digestifs, d'un syndrome vertébral douloureux sur scoliose, de troubles de l'humeur, d'un névrome de Morton au pied gauche. Elle souffrait également d'une gastrite chronique sans effet sur la capacité de travail.
- d.** Le 12 octobre 2017, le Dr B _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stable. Sa capacité de travail était de 30 à 50% dans le poste de travail occupé en tant que femme de ménage et dans toute autre activité.

e. À teneur d'un rapport établi le 20 juillet 2018 par le Dr B_____, l'assurée souffrait d'une dépression légère à moyenne. Il y avait eu peu d'évolution dans son état depuis mai 2017, avec la persistance de grandes difficultés à accepter l'infirmité et le décès de son fils aîné en 2010, des émotions douloureuses et des flashbacks. Elle était toutefois un peu moins isolée et repliée à la maison, car elle allait une à deux fois par semaine faire une heure et demie de bénévolat à la bibliothèque du D_____. Elle appréciait cette activité et les interactions avec les autres personnes. Elle était à nouveau en deuil suite au décès de son frère survenu en juin 2018. Du point de vue strictement psychiatrique, sa capacité de travail était de 50 à 70% depuis environ avril 2018. Les limitations fonctionnelles étaient peu d'envies, pas d'énergie, fatigabilité, concentration parfois limitée et hypoactivité.

f. Le 23 novembre 2018, le SMR a résumé les rapports des médecins traitants de l'assurée et conclu que sa capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de femme de ménage depuis 2014 et de 60% (entre 50 et 70%) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (épargne du dos et du cou, possibilité de toilette rapide et horaire de travail régulier) depuis juillet 2018, date de l'amélioration signalée par le psychiatre.

g. Selon un rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 mars 2019, le total des empêchements pondérés de 28.80% sans exigibilité et de 1.50% avec exigibilité. L'exigibilité retenue de 27.30% tenait compte du fait que l'assurée vivait avec son mari et son fils âgé de 20 ans, qui pouvaient participer aux tâches ménagères.

h. Selon une note sur le statut du 19 mars 2019, un statut mixte était retenu pour l'assurée, avec une part professionnelle de 50%, conformément à ses déclarations.

i. Dans un rapport établi le 24 mai 2019, le Dr B_____ a indiqué avoir revu l'assurée en consultation au début du mois de mai 2019. Elle présentait une symptomatologie compatible avec un trauma complexe, en raison d'un père violent et terrorisant durant toute son enfance et sa jeunesse, de la maladie et du handicap de son fils aîné, du déménagement dans une culture étrangère, d'un réseau de soutien familial à distance et de la mort de son frère aîné. Il en résultait que l'assurée était facilement anxieuse, fatigable et qu'elle avait des capacités limitées de concentration, d'apprentissage et d'adaptation.

j. Par projet de décision du 4 juin 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 51% du 1^{er} octobre 2017 au 30 juin 2018.

k. Le 20 juin 2019, l'assurée a formé opposition à ce projet, faisant valoir qu'elle était totalement incapable de travailler quelle que soit l'activité et qu'elle ne savait ni lire ni écrire le français. Elle demandait le réexamen de son cas.

l. Dans un rapport du 19 juillet 2019, le Dr B_____ a indiqué que le décès inattendu du frère de l'assurée avait eu un impact sur sa symptomatologie

dépressive et anxieuse, qui avait augmenté de façon significative, car ce deuil avait été très difficile à faire pour elle. Elle ne savait quasiment pas lire ni écrire en français, ni utiliser un ordinateur. Il estimait actuellement, différemment qu'en juillet 2018, que depuis le décès de son frère en juin 2018, la capacité de travail de l'assurée au niveau psychique, dans un travail adapté à ses limitations physiques et psychiques, était de 30%.

m. Dans un rapport du 31 juillet 2019, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée présentait toujours une atteinte dégénérative de la colonne cervicale avec notamment la présence de discopathies qui étaient à l'origine des douleurs au niveau des épaules ainsi que des faiblesses et des troubles de la sensibilité au niveau des membres supérieurs. Elle présentait toujours des troubles digestifs avec des réactions douloureuses imprévisibles et invalidantes dans le cadre d'une insuffisance pancréatique pour laquelle aucun traitement ne s'avérait efficace. En considérant son niveau socio-éducatif qui était faible et ses pathologies sur les plans somatique et psychiatrique, sa capacité de travail était nulle.

n. Le 19 août 2019, le SMR a considéré qu'il fallait s'en tenir à ses conclusions précédentes, qui étaient fondées sur l'évaluation des médecins traitants.

o. Par décision du 7 novembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision, considérant que les arguments soulevés par l'assurée et ceux de ses médecins ne permettaient pas de modifier son appréciation précédente.

p. L'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) le 9 décembre 2019, concluant à son annulation et à la réévaluation de son cas.

q. Par arrêt du 14 avril 2021 (ATAS/335/2021), la chambre de céans a constaté que le rapport du Dr B_____ du 19 juillet 2019 remettait en cause la première appréciation de celui-ci et que, dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait retenir que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était suffisamment établie. La cause devait en conséquence être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan psychiatrique et rhumatologiques ainsi que gastroentérologique. Les conclusions de l'enquête ménagère étaient convaincantes.

S'agissant du statut de la recourante, la chambre de céans a retenu qu'au vu des déclarations de celle-ci et de son époux lors de l'audience du 3 mars 2021, du revenu limité de ce dernier ainsi que du fait que leur plus jeune fils était âgé de 11 ans lors de la décision querellée, il pouvait être retenu, comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans invalidité, la recourante travaillerait en tout cas à 80%.

r. Dans un rapport établi le 25 septembre 2021, le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 28 mai 2019 et que sa capacité de travail était de 0% dans une activité adaptée.

s. Le 14 octobre 2021, la docteure F_____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée souffrait d'un état dépressif récurrent, d'un état anxieux avec attaques de panique et d'un syndrome douloureux chronique. Le pronostic était mauvais au vu notamment de la chronicisation d'un symptôme. L'assurée ne pouvait pas travailler. Elle ne disposait d'aucune ressource utile pour sa réinsertion.

t. Selon le rapport d'expertise du 7 septembre 2022, établi par la docteure G_____, spécialiste en psychiatrie, le docteur H_____, spécialiste en rhumatologie et le docteur I_____, spécialiste en gastroentérologie, du centre médical d'expertise (ci-après : CEMEDEX), les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de l'assurée étaient des névralgies cervico-brachiales sur hernie discale C6-C7 à gauche, des lombalgies sans irradiations dans les membres inférieurs sur discopathies simples, une diarrhée fonctionnelle probable, une dysthymie et une modification durable de la personnalité suite à une expérience traumatisante. La capacité de travail était nulle depuis 2013 pour des raisons rhumatologiques dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, l'assurée avait été incapable de travailler à 90% jusqu'à la fin de l'année 2016 pour des raisons gastroentérologiques, puis à 70% depuis 2017, date du début du suivi psychiatrique avec des variations temporaires entre 30 et 70%. Actuellement sa capacité de travail était de 70%.

u. Selon une nouvelle enquête économique sur le ménage du 4 juillet 2023, tenant compte du fait que les enfants de l'assurée avaient grandi et qu'ils pouvaient désormais apporter de l'aide dans les tâches ménagères, les empêchements étaient de 21.8% sans exigibilité et de 0% avec exigibilité.

v. Par projet de décision du 21 août 2023, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente. Depuis le 2 février 2017, sa capacité de travail était de 70% dans une activité adaptée à son état de santé et le taux d'invalidité globale était de 15%.

w. Par décision du 2 octobre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision, en l'absence de contestation de l'assurée.

- C. a. Le 6 novembre 2023, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre de céans concluant à son annulation, à la réévaluation de son cas et à une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens.

Elle a produit à l'appui de son recours, une décision du 23 octobre 2023 lui octroyant l'assistance juridique avec effet au 19 octobre 2023.

b. Par réponse du 7 décembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Le 7 juin 2024, après cinq prolongations du délai pour sa réplique, la recourante a indiqué n'avoir toujours pas reçu les rapports demandés à ses médecins. Elle a fait valoir qu'il ressortait du certificat médical du Dr E_____, transmis en annexe de son écriture, que son état psychique était totalement invalidant. Cela ressortait

également du rapport établi par J_____, psychologue et psychothérapeute FSP, ainsi que de celui de la Dre F_____. Elle persistait en conséquence dans son recours.

Elle a produit :

- un rapport établi le 25 novembre 2023, dans lequel le Dr E_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail ;
- un rapport établi le 10 décembre 2023 par la psychologue J_____, qui indiquait que la complexité de la situation clinique, avec une symptomatologie caractérisée par des somatisations importantes, surtout la dernière année, provoquait une incapacité de travail ;
- un rapport médical établi par la Dre F_____ le 9 janvier 2024 indiquant que l'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique dans le contexte du décès de son fils en 2011. Elle n'avait jamais pu faire le deuil de cette séparation. Elle souffrait par ailleurs d'un syndrome douloureux chronique avec comme principale plainte actuelle une douleur invalidante du pied droit ainsi qu'une douleur thoracique gauche invalidante. Du fait du caractère quotidien des douleurs, qui étaient la plupart du temps invalidantes pour les activités de la vie quotidienne, une aide dans la réalisation des tâches ménagères était nécessaire, d'autant plus que son époux et son fils exerçaient une activité professionnelle quotidienne et n'étaient pas présents à domicile la plupart du temps.

d. Le 10 juillet 2024, l'intimé a considéré qu'une expertise judiciaire était superflue et qu'elle ne viserait qu'à obtenir une évaluation différente d'un même état de fait. Les éléments évoqués dans la réplique étaient déjà connus et avaient été pris en compte par le CEMEDEX.

e. Le 10 juillet 2024, la recourante a produit :

- un rapport établi le 14 juin 2024, dans lequel la Dre F_____ indiquait que la situation clinique de l'assurée ne s'était pas améliorée depuis la prise en charge multidisciplinaire malgré les nombreuses expertises qui n'avaient malheureusement pas été en sa faveur. Le syndrome douloureux chronique persistait avec une forte répercussion clinique des troubles dépressifs et anxieux récurrents associés à des troubles du sommeil et des douleurs, notamment dans la région dorsale haute. Les symptômes de dépression s'étaient aggravés par le manque de reconnaissance de son état de santé dans sa globalité. La Dre F_____ demandait à l'intimé de reconsidérer sa décision et de réévaluer la nécessité de recourir à une expertise en ce qui concernait en particulier l'état dépressif de la recourante ;
- un rapport du 22 juin 2024, dans lequel le Dr E_____ indiquait que l'assurée était régulièrement suivie à sa consultation depuis le 28 septembre 2019, sans se prononcer sur sa capacité de travail.

f. Le 27 août 2024, l'intimé a considéré que les nouvelles pièces produites n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation antérieure.

g. Le 7 octobre 2024, la recourante a produit un rapport établi par le docteur K_____ spécialiste en chirurgie du pied et de la cheville, attestant que l'assurée souffrait d'un névrome de Morton au niveau de l'avant-pied gauche. Malgré une injection faite le 21 mai 2024, elle souffrait encore de son pied, ce qui l'empêchait notamment d'effectuer les tâches ménagères usuelles. Elle précisait que son fils aîné avait déménagé depuis environ une année et qu'il habitait dorénavant avec sa compagne, ce qui ressortait d'un avis de service militaire le concernant. En conséquence, elle ne pouvait plus bénéficier de son aide. La recourante persistait dans ses conclusions, en particulier à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. Elle demandait également l'audition des parties ainsi que de témoins.

h. La recourante, assistée d'une interprète, a été entendue par la chambre de céans le 12 mars 2025.

i. Le 2 avril 2025, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

j. Le 30 octobre 2025, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

k. Par courrier du 31 mars 2026, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'experte pressentie, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

l. Les parties n'ont pas fait valoir de motif de récusation à l'encontre de l'experte ni de questions complémentaires à poser à celle-ci.

EN DROIT

1.

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

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

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

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

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre

2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI -RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée en 2017, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (*cf.* art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), de sorte que c'est les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui sont applicables.

3.2 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale 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.

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

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

Il y a lieu de préciser que 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.3 Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient également d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

La reconnaissance d'un trouble psychique doit reposer sur le diagnostic posé par un psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

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

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

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

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

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

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

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

Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois

pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

3.4 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

4. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la force probante de l'expertise du CEMEDEX.

L'experte psychiatre a indiqué dans son rapport qu'elle retenait une capacité de travail de 50% depuis 2017, date de début du suivi de la recourante, avec des variations entre 30% et 70% selon les événements externes. Une activité à 50% pouvait raisonnablement être exigible au vu des activités spontanées, avec au début une activité de deux heures par jour, avec augmentation progressive, étant rappelé que l'expertisée n'avait que très peu travaillé dans sa vie en dehors du domicile. La capacité de travail médico-théorique exigible était de 70% dès le début de l'année 2022, car l'état dépressif retenu en septembre 2021 n'avait pas nécessité de majoration de traitement psychotropes ni d'augmentation de la fréquence des consultations.

La chambre de céans constate que ce rapport n'est pas clair.

Si la recourante devait recommencer à travailler deux heures par jour au début, cela ne correspond pas à une activité à 50% et encore moins de 70%.

Par ailleurs, l'experte semble avoir fait une moyenne des capacités de travail de la recourante entre 2017 et fin 2021, sur la base des rapports médicaux de ses psychiatres traitants. Cela est contestable, car chaque capacité de travail était relativement durable dans le temps, à savoir notamment une capacité de travail de 40% dès mai 2017, de 60% dès avril 2018, de 30% dès juin 2018 et 0% dès le 28 septembre 2021, si l'on s'en tient aux rapports des médecins traitants. L'on ne se trouve pas dans un cas où il se justifie de prendre une capacité de travail moyenne, comme cela est le cas par exemple pour un assuré souffrant d'une maladie mentale cyclique, comme un trouble bipolaire, ou d'une maladie qui évolue par poussées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_953/2008 du 5 octobre 2009 et 9C_153/2015 du 3 novembre 2015). Dans ces cas, il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation, mais il faut apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré.

Par ailleurs, de manière surprenante et non motivée, l'experte a indiqué, à la fin de son rapport dans ses « Réponses aux questions du mandant » (ch. 8 p. 15), que la capacité de travail de la recourante était de 70% avec de variations temporaires entre 30 et 70% depuis 2017, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, ce qui est contradictoire avec le fait qu'elle avait retenu précédemment (fin de la p. 14) une capacité de travail de 50% depuis 2017, avec des variations entre 30 et 70% et une capacité de 70% exigible seulement depuis début 2022.

La chambre de céans relève encore que selon l'experte psychiatre, la capacité de travail médico-théorique était de 70% depuis le début de l'année 2022, car l'état dépressif retenu en septembre 2021 n'avait pas nécessité de majoration du traitement psychotrope ni d'augmentation de la fréquence des consultations. Aucun rapport des médecins traitants au dossier n'atteste d'une telle capacité de travail en janvier 2022. Le 25 septembre 2021, le Dr E_____, psychiatre traitant recourant depuis le 28 mai 2019, indiquait que sa capacité de travail était de 0% dans une activité adaptée, dans un rapport manuscrit peu lisible. Le 19 octobre 2021, le médecin généraliste du recourant estimait qu'une activité professionnelle n'était pas exigible de l'assurée en raison de ses douleurs et de son état psychique (état dépressif et anxieux). L'expertise n'est ainsi pas convaincante, en tant qu'elle retient une capacité de travail de la recourante depuis 2022, sans s'appuyer sur des rapports médicaux constatant l'état de celle-ci à cette date.

En conclusion, le rapport d'expertise du CEMEDEX, en particulier son volet psychiatrique, ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et il se justifie de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

Une nouvelle expertise sur le plan somatique n'apparaît pas nécessaire, dès lors que l'atteinte incapacitante principale de la recourante relève manifestement de la psychiatrie et que l'expertise rhumatologique a retenu des diagnostics avec impact sur la capacité de travail empêchant les activités exigeantes physiquement, comme l'activité habituelle de nettoyeuse.

5. S'agissant de l'enquête ménagère, la recourante a allégué le 7 octobre 2024 que son fils aîné avait déménagé depuis environ une année et qu'il habitait dorénavant avec sa compagne. Ce fait est toutefois sans conséquence sur la décision querellée, car lorsqu'elle a été rendue le 2 octobre 2023, le fils de la recourante habitait encore chez elle. Or, de jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1).

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique la recourante. Commet à cette fin la docteure L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A) prendre connaissance du dossier de la cause ;
- B) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
- C) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
- D) si nécessaire, ordonner d'autres examens, par exemple un examen neuropsychologique.
- E) Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

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

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

allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

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

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

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

5.2 Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?

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

5.4 Différents diagnostics entrant en interaction privent-ils l'assurée de certaines ressources ?

6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

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

6.1 Dans l'activité habituelle,

6.2 Dans une activité adaptée.

6.3 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

6.4 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

7. Traitement

7.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

7.2 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?

- 7.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés par celle-ci ?
- 7.4 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- 7.5 Nécessitent-ils un traitement psychotrope ?
- 7.6 Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ?
- 8. Capacité de travail
 - 8.1 Mentionner les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée du point de vue psychiatrique ainsi que celles liées au diagnostic de rhumatologie, en pourcent, sur la base des indicateurs de gravité et cohérence développés par el Tribunal fédéral :
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
 - 8.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.
 - 8.3 Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 - 8.4 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
 - 8.5 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 - 8.6 Quelle est la capacité de travail globale de l'assurée ?
 - a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
- 9. Appréciation des avis médicaux du dossier
 - 9.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus Dre G_____ (rapport d'expertise du 7 septembre 2022) ? pour quels motifs ?
 - 9.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr B_____ (rapports des 19 mai 2017, 12 octobre 2017, 24 mai 2019, 19 juillet 2019) ? Pour quels motifs ?

- 9.3 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr E_____ (rapports des 25 septembre 2021, 25 novembre 2023 et 22 juin 2024). Pour quels motifs ?
10. Faire toute remarque et proposition utiles.
- F) Invite l'experte à déposer, **dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
2. Réserve la suite de la procédure ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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