

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3709/2025

ATAS/684/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 13 août 2026

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Lobsang DUCHUNSTANG, président.

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1994, est célibataire.

b. Elle est au bénéfice d'un certificat de capacité en arts appliqués et travail, depuis le mois de mars 2023, dans le parascolaire à 23%.

B. a. Le 3 novembre 2023, elle a demandé les prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une incapacité de travail due à une dépression, en précisant qu'elle souffrait également d'une dysphorie de genre, de troubles anxieux et d'une addiction.

b. Il ressort d'un rapport signé le 20 mai 2024 par les docteurs B_____ et C_____, psychiatres et psychothérapeutes, ainsi que par D_____, psychologue, du cabinet médico-psychologique E_____, que l'assurée était suivie par ce cabinet depuis le 9 octobre 2023. Elle avait connu une série d'événements traumatisants et avait eu des troubles psychologiques tout au long de sa vie (tentatives de suicide, périodes de dépression, abus de substances et conflits). Elle rapportait un épuisement conséquent suite aux repas de midi des enfants dont elle s'occupait et elle avait souvent besoin de toute la journée pour s'en remettre. Elle présentait une thymie fluctuante avec des pics d'anxiété et des angoisses qui s'atténuaient avec le THC. Elle souffrait de labilité émotionnelle et de tendances dépressives. Du point de vue strictement psychiatrique, ses limitations l'empêchaient d'augmenter significativement sa charge de travail sur le long terme à plus de 23%.

c. Selon un rapport établi le 2 février 2024 par F_____, psychologue/psychothérapeute, l'assurée présentait un haut score de personnalité borderline à la limite du seuil pathologique. Elle n'arrivait plus à avancer et avait besoin d'une aide médicale et sociale.

d. L'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en collaboration avec le docteur H_____, médecin assistant, du I_____ Expertise Psychiatrique (ci-après : I_____). Dans son rapport du 21 mai 2025, l'expert a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, usage de cannabis nocif pour la santé, syndrome de dépendance au tabac et trouble de l'identité sexuelle sans précision.

L'assurée était, selon les experts, apte à travailler huit heures par jour et 40 heures par semaine, sans diminution de rendement, dans la profession qu'elle voudrait choisir.

e. Par projet de décision du 16 juin 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

f. Le 13 juillet 2025, l'assurée a formé opposition à ce projet de décision, contestant l'expertise du Dr G____ et produit un rapport établi le 17 juillet 2025 par J____, psychologue FSP, spécialiste en neuropsychologie FSP.

g. Le 4 septembre 2025, le Dr G____ a confirmé ses conclusions.

h. Par décision du 12 septembre 2025, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée.

C. a. Celle-ci a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) le 22 octobre 2025, demandant le réexamen de sa demande ainsi qu'une nouvelle expertise et contestant celle du Dr G____.

b. Le 18 novembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c. Par réplique du 11 décembre 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

d. Le 2 avril 2026, la recourante a transmis à la chambre de céans un courrier établi le 1^{er} avril 2026 par le Dr B____.

e. Le 20 avril 2026, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 2 avril 2026.

f. Les parties ont été entendues par la chambre de céans le 6 mai 2026.

g. Par courrier du 1^{er} juillet 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'expert pressenti, 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.

h. Dans le délai imparti, les parties ont indiqué ne pas avoir de motif de récusation de l'expert et seul l'intimé a sollicité une question supplémentaire à l'expert, à savoir qu'un dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques soit prononcé.

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 aux prestations de l'assurance-invalidité.
3. Dans le cadre du développement continu de l'assurance-invalidité, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGa notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

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

En l'occurrence, un éventuel droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité prendrait naissance après le 1^{er} janvier 2022, de sorte que ce sont les nouvelles dispositions légales qui sont applicables à son cas.

4.

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

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7).

Il convient dorénavant 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), à l'aide des indicateurs suivants :

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 cette 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 ne doivent 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 s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

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

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence

d'une incapacité (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.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles 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).

Ce diagnostic 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. Il 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). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les 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 psychosocial intact (*cf.* ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

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

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).

5. En l'espèce, le Dr B_____ a contesté avoir dit à l'expert les propos que ce dernier lui a attribués dans son rapport d'expertise, en particulier que le trouble dépressif n'était plus d'actualité, ce qui est de nature à jeter un doute sérieux sur la qualité du rapport du Dr G_____.

L'expert a considéré que le rapport du Dr B_____ du 20 mai 2024 contenait de nombreuses erreurs et contradictions par rapport au récit que la recourante lui avait fait, en donnant comme exemples l'évocation au psychiatre traitant d'une surcharge de travail à 22 ans, son exposition au viol d'une amie et une hospitalisation à Marseille 2021.

S'il ressort de l'audition de la recourante par la chambre de céans que son médecin a effectivement mentionné par erreur qu'elle avait été hospitalisée à Marseille en 2021, alors qu'il s'agissait de son ex-compagnon, la recourante a confirmé avoir eu, en 2016, une dépression en lien avec une surcharge de travail, précisant qu'elle travaillait alors huit heures par jour et entre une à trois semaines par mois, dans la boutique de vêtements de sa mère et que cette activité l'avait beaucoup fatiguée.

La recourante a également confirmé à la chambre de céans qu'en août 2021, elle avait été exposée au viol d'une amie et que cela avait été la cause principale de sa décompensation.

Il apparaît possible que la recourante n'ait pas évoqué les événements de sa vie de la même manière à son psychiatre et à l'expert. On ne peut en conclure, comme l'a fait le Dr G_____, que le rapport du Dr B_____ contenait des contradictions. La seule erreur qui peut être reprochée à ce dernier entre dans les difficultés générales liées à la communication et ne suffit pas à remettre

sérieusement en cause ses observations et la qualité de ses rapports, lesquels ont un intérêt particulier, comme l'a d'ailleurs relevé l'expert, du fait qu'il a suivi la recourante sur une période plus longue que ne pouvait le faire ce dernier.

Le rapport du Dr B_____ ne contient donc pas de nombreuses contradictions, comme l'expert l'a conclu un peu rapidement, sur la base d'un entretien lors duquel la recourante a eu de la peine à s'exprimer avec lui.

L'expert a indiqué dans l'expertise que le Dr B_____ avait cité un trouble inconnu de « sommeil très paradoxal ». Or, dans son rapport, celui-ci indiquait que le sommeil de la recourante était perturbé, caractérisé par une insomnie chronique et des rêves fréquents paradoxaux. Cela démontre que l'expert pouvait rapporter des faits de manière erronée.

L'expert a exclu, sur la base de ses entretiens avec la recourante, un trouble dépressif, ce qui est sérieusement remis en cause par les rapports du Dr B_____ et les déclarations de la recourante, dont il ressort qu'elle est en particulier sujette à des dépressions saisonnières.

Le Dr G_____ a également exclu, rapidement et sans attendre le résultat des spécialistes en la matière, un TDAH, au motif que durant leur entretien, la recourante avait été parfaitement calme et qu'elle n'avait pas présenté de troubles de l'attention ni de la concentration. Or, il ressort du rapport établi le 17 juillet 2025 par J_____, que l'examen neuropsychologique a mis en évidence un TDAH, avec hyperactivité, ainsi qu'un haut potentiel intellectuel, qui permettait à la recourante de masquer ou compenser ses difficultés.

Les éléments précités suffisent à établir l'absence de force probante de l'expertise du Dr G_____ et il convient dès lors d'en ordonner une nouvelle.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de A_____.
- Commet à cette fin le docteur K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rue L_____ à M_____.
- 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. Décrire une journée type de l'assurée.
 - 3. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
 - 4. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
 - 5. 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) :
- 5.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
 - 5.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
 - 5.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 5.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 - 5.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?

- 5.6 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) ?
- 5.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 5.8 Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ?
- 6. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?**
- 6.1 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 ?
- 6.2 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) ?
- 6.3 Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
- 6.4 Différents diagnostics entrant en interaction privent-ils l'assurée de certaines ressources ?
- 7. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?**
- Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) :
- a) dans l'activité habituelle
- b) dans une activité adaptée
- 7.1 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)
- 7.2 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 ?

8. Traitement

- 8.1 Prière d'effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques
- 8.2 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- 8.3 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance (sur la base de tests sanguins en cas de traitement psychotrope)
- 8.4 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés par l'assurée ?
- 8.5 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- 8.6 Nécessitent-ils un traitement psychotrope ?
- 8.7 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 ?

9. Capacité de travail

- 9.1 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 le Tribunal fédéral :
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée
- 9.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements
- 9.3 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
- 9.4 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 ?
- 9.5 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
- 9.6 Quelle est la capacité de travail globale de l'assurée ?
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée

10. Appréciation des avis médicaux du dossier

- 10.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr G_____ (rapports d'expertise des 22 mai et 4 septembre 2025) ? Pour quels motifs ?
- 10.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr B_____ (rapports du 20 mai 2024 et du 1^{er} avril 2026) ? Pour quels motifs ?
- 10.3 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la psychologue J_____ du 17 juillet 2025 ? Pour quels motifs ?
- 10.4 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du psychologue F_____ du 2 février 2024 ? Pour quels motifs ?

11. Faire toute remarque et proposition utiles.

- F) Invite l'expert à déposer, **dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- G) Dit que le rapport d'expertise devra systématiquement répondre aux points E 1 à E 11.
- H) Transmet par courriel la mission d'expertise en format Word à l'expert pour faciliter la rédaction de son rapport.
- II. Réserve la suite de la procédure ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Le président

Janeth WEPF

Lobsang DUCHUNSTANG

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