

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3741/2024

ATAS/460/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 17 juin 2025**

**Chambre 9**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente.**

---

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1965, a travaillé comme agente d'entretien jusqu'à son licenciement en 2017. Elle a été mise au bénéfice de l'aide sociale à compter du 1<sup>er</sup> avril 2011.
- b.** Le 2 août 2018, l'assurée a subi une microdiscectomie L3-L4 droite.
- B.**    **a.** Le 18 janvier 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en raison d'une dépression et d'une « opération du dos ».
- b.** L'OAI a récolté plusieurs documents, dont notamment :
- un rapport reçu le 11 avril 2019 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, psychiatre traitant de l'assurée, diagnostiquant une dysthymie (F34.1), des troubles anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un trouble de somatisation (F45.0) ; la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité et son traitement comprenait la prise de Cipralex 20mg, Xanax en cas de besoin, Voltaren et Tramadol ;
  - un rapport du 3 janvier 2020 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, retenant des cervico-lombalgies chroniques au décours d'une chirurgie d'hernie discale lombaire avec status post microdiscectomie L3-L4 droite le 2 août 2018, gonarthrose bilatérale, syndrome dépressif, bénéficiant d'un suivi psychiatrique depuis trois ans, et asthme allergique ; l'assurée présentait une incapacité de travail totale ;
  - un rapport du 4 février 2020 des docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et \_\_\_\_\_, médecin interne au service de rhumatologie des HUG, établi à la suite du suivi de l'assurée au programme multidisciplinaire de prise en charge pour les maux de dos (ProMIDos) du 2 décembre 2019 au 8 janvier 2020 au sein dudit service, posant les diagnostics de cervicalgies et lombalgies communes chroniques en post-opération d'une chirurgie de hernie discale L3-L4 et de névralgie cervico-brachiale aiguë ;
  - un rapport du 13 mai 2022 du Dr B\_\_\_\_\_, faisant état d'une dysthymie (F34.1), de troubles anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de troubles de somatisation (F45.0), et d'une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de douleurs et d'un tableau d'anxiété et de dépression ; elle vivait dans l'évitement et dans un comportement de retrait social, avec une fille qui présentait des troubles psychiques ;
  - un rapport du 22 mai 2020 de la docteure E\_\_\_\_\_, médecin interne au sein du service de rhumatologie des HUG, faisant notamment état de cervicalgies et lombalgies communes chroniques et d'une incapacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis août 2018 et une capacité de travail de

60% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir, station debout, port de charges de plus de 5 kg et positions basses ;

**c.** Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique confiée au F\_\_\_\_\_ (ci-après : F\_\_\_\_\_), soit aux docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport du 7 juillet 2021, ces médecins ont retenu, à titre de diagnostic incapacitant, un status post chirurgie lombaire en août 2018 et, à titre de diagnostics non-incapacitants, une dysthymie (F34.1), une solitude (Z60.2), une privation de relations affectives pendant l'enfance (Z61.0) ainsi qu'une anorexie dans l'âge adulte (F50), actuellement en rémission permanente. L'assurée présentait des traits de personnalité dépendante (F60.7) et avait présenté un état dépressif majeur en 2020 (actuellement en rémission totale) durant lequel elle avait avalé des médicaments. Au plan somatique, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis août 2018 mais entière dans une activité adaptée depuis février 2019. Sur le plan psychique, la capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis toujours. Sur le plan rhumatologique, l'assurée devait éviter le port de charges de plus de 5 kg, de surcharger le rachis dans sa totalité, de monter et descendre les échelles et les échafaudages.

**d.** Dans un avis du 13 juillet 2021, le service médical régional (ci-après : SMR) a suivi les conclusions de l'expertise, retenant comme atteinte à la santé incapacitante un status post chirurgie lombaire le 2 août 2018 (microdissectomie L3-L4) et a fixé le début de l'incapacité de travail durable dès le 2 août 2018. La capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était de 0% dès le 2 août 2018 et de 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2019 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Celles-ci concernaient l'épargne du rachis, soit : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position penchée en avant prolongée, pas de position en porte-à-faux prolongée, pas de travail en hauteur sur échelle et échafaudage.

**e.** Par projet de décision du 26 août 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. L'OAI reconnaissait une incapacité de travail entière de l'activité habituelle depuis le 2 août 2019 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> février 2019. En procédant à une comparaison des revenus, le taux d'invalidité s'élevait à 15%. Celui-ci étant inférieur à 40%, il n'ouvrait pas de droit à des prestations.

**f.** Le 16 septembre 2021, l'assurée a contesté le projet de décision.

À l'appui de son opposition, elle a produit un rapport du 13 septembre 2021 du Dr B\_\_\_\_\_, dans lequel il était relevé qu'à la suite d'une chirurgie d'hernie discale, l'assurée présentait un tableau clinique algique et un tableau clinique de

dépression, avec perte d'estime de soi et grave anhédonie. L'assurée ne pouvait pas travailler et suivre une formation professionnelle à 100%. Un programme de « réhabilitation corporelle et professionnelle [devait] suivre la reconnaissance de son état de santé mentale d'où une dépression sévère sans éléments psychotiques ».

**g.** Par décision du 5 octobre 2021, l'OAI a confirmé le projet de décision et rejeté la demande de prestations, considérant que les éléments apportés dans le cadre de l'audition ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation.

**h.** Le 9 novembre 2021, l'assurée, représentée par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans).

Dans le cadre de la procédure, a notamment été produit le rapport du 5 janvier 2022 du Dr B\_\_\_\_\_, dans lequel il a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) et fait état d'une incapacité de travail complète.

**i.** Par arrêt du 3 mars 2022 (ATAS/192/2022), la chambre de céans a déclaré le recours du 9 novembre 2021 irrecevable pour cause de tardiveté.

**C. a.** Par courrier reçu le 17 avril 2023, l'assurée, représentée par un mandataire, a demandé à l'OAI la révision de sa situation, en concluant à une invalidité totale. Elle faisait valoir une aggravation de son état de santé depuis janvier 2022.

**b.** Le même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'il considérait son courrier précité comme une nouvelle demande de prestations et sollicitait, en conséquence, tous les documents médicaux permettant d'admettre une aggravation de son état de santé.

**c.** Dans un rapport du 26 avril 2023, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait une aggravation de son tableau clinique et que des nouveaux éléments pathologiques et traumatiques étaient apparus, soit un trouble du sommeil actuellement très important avec des cauchemars qui présentaient des scènes de terreur, ainsi qu'un trouble de l'humeur incapacitant sur système cognitif qui démontrait une instabilité et une vulnérabilité psychique, une baisse d'estime de soi et une grande perte d'intérêt sur le monde. L'assurée vivait encore plus renfermée, abandonnant sa vie de famille, sans vie sociale. Les symptômes de douleurs et les crises de larmes étaient très importants et une hospitalisation restait d'actualité vu le risque de négligence de soi et un risque vital qui pouvait s'engager. L'assurée « avait des scènes de violence familiale et conjugale très graves ». Elle était suivie une fois par semaine et se trouvait sous traitement médicamenteux.

**d.** Dans un rapport du 8 mai 2023, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de la pathologie mentale de l'assurée, ayant besoin d'une médication neuroleptique, hypnotique, anxiolytique et antidépressive. Elle avait subi des violences domestiques au niveau de son couple et présentait une histoire de violence dans

son enfance, d'où l'aggravation de sa symptomatologie : insomnies avec des cauchemars, des douleurs corporelles, incapacité corporelle fonctionnelle, un discours systématisé sur les plaintes, trouble de l'humeur avec tristesse, anhédonie, baisse de l'estime de soi, étant enfermée chez elle.

**e.** Par avis médical du 4 juin 2023, le SMR a retenu qu'aucune pièce médicale au dossier ne comportait d'indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 5 octobre 2021. Se prononçant sur le rapport du 23 avril 2023 du Dr B\_\_\_\_\_, le SMR a notamment jugé que l'état clinique annoncé par le psychiatre en avril 2023 était similaire à celui qui prévalait à ses yeux en avril 2021.

**f.** Par projet de décision du 9 juin 2023, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations au motif qu'elle ne rendait pas plausible par des documents adéquats que sa situation s'était notablement modifiée, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement.

**g.** Par courrier du 13 juin 2023, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 8 juin 2023 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel retenait une incapacité de travail depuis 2019 à la suite d'un status post microdiscectomie L3/L4 droite avec lombalgies résiduelles chroniques sur discarthrose L3/L4 et saillie discale L4/L5, arthrose facettaire postérieure, et bascule du bassin gauche. Était également retenue une gonarthrose tricompartmentale gauche évolutive avec méniscopathie interne/externe dégénérative, ainsi qu'une discarthrose cervicale C5/C6 avec rectitude cervicale. Malgré un traitement par antalgie, physiothérapie, port de semelles orthopédiques et infiltrations, il persistait une symptomatologie douloureuse lombaire, cervicale et du genou gauche. L'humeur dépressive était prépondérante pour son incapacité de réinsertion professionnelle.

**h.** Par avis du 20 juin 2023 se déterminant sur le rapport du 8 juin 2023 du Dr I\_\_\_\_\_, le SMR a conclu qu'il convenait de poursuivre l'instruction sur le plan médical, deux nouvelles pathologies étant rapportées, à savoir une cervicarthrose et une gonarthrose gauche, qui n'apparaissaient pas dans le rapport d'expertise du 14 avril 2021.

**i.** Le 19 octobre 2023, répondant au questionnaire de l'OAI, le Dr I\_\_\_\_\_ a notamment posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité à acquérir une formation, de discarthrose L4/L5 avec saillie discale et discarthrose L3/L4, gonarthrose tricompartmentale gauche et discarthrose cervicale C5/C6. La capacité de travail était nulle. Il était relevé que l'assurée était âgée pour acquérir une nouvelle formation et elle présentait en plus des états dépressifs réguliers. Le traitement de la gonarthrose gauche restait conservateur avec en réserve une PTG [NDR : prothèse totale du genou] selon l'évolution.

Étaient annexés les documents suivants :

- un rapport du 14 janvier 2020 du docteur J\_\_\_\_\_, radiologue, établi à la suite d'une IRM de la colonne cervicale ;
- un rapport du 5 octobre 2021 du Dr J\_\_\_\_\_ à la suite d'une IRM du genou gauche ;
- un rapport du 5 octobre 2021 du Dr J\_\_\_\_\_ établi à la suite d'une IRM de la colonne lombaire ;
- un rapport du 9 novembre 2021 du 9 novembre 2021 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, à la suite de radiographies des longs axes et du genou gauche ;
- un rapport du 31 mai 2023 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite d'une IRM du genou gauche.

**j.** Dans son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2023, le SMR a conclu à une gonarthrose tricompartmentale gauche comme atteinte principale, et à un status post chirurgie lombaire du 2 août 2018 (microdiscectomie L3-L4) comme autre atteinte. Il a fixé le début de l'incapacité de travail durable à 100% dès le 2 août 2018. La capacité de travail dans une activité habituelle était toujours nulle dès le 2 août 2018 et demeurait entière dans une activité adaptée dès 1<sup>er</sup> février 2019 avec une baisse de rendement de 20% dès le 30 mai 2023. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : concernant le rachis lombaire, le port de charges de plus de 10 kg, position penchée en avant prolongée, position en porte-à-faux prolongée, travail en hauteur sur échelle et échafaudage ; concernant le genou gauche, station debout prolongée, possibilité d'alternance position debout/assis, marche de plus de 30 mn, marche en terrain irrégulier, position accroupie/à genoux, montée et descente d'escaliers de plus d'un étage répétées.

**k.** Par projet de décision du 8 février 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'OAI lui reconnaissait une aggravation de son état de santé dès le 30 mai 2023. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% avec une baisse de rendement de 20% et sa capacité de travail dans son activité habituelle restait nulle. Dès le 30 mai 2024, son degré d'invalidité était de 20%. Ce taux étant inférieur à 40%, il n'ouvrait pas de droit à des prestations. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

**l.** Le 11 mars 2024, l'assurée, représentée par un mandataire, a contesté ce projet de décision, en sollicitant le droit aux prestations sur la base d'une incapacité de gain totale. Elle faisait valoir une aggravation de son état de santé psychique également, attestée par le Dr B\_\_\_\_\_.

À l'appui de sa contestation, elle a produit un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 7 mars 2024, qui attestait d'un changement de diagnostic de dépression de l'assurée et une aggravation de son tableau clinique, posant les diagnostics de trouble dépressif

récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0) et fibromyalgie (M79.7). L'assurée était en incapacité totale de travailler et de suivre une réadaptation. Le pronostic était réservé. Une mesure de réadaptation et de réinsertion à 50% pouvait être envisageable dans son avenir dépendant d'une évolution thérapeutique et d'une amélioration symptomatologique, nécessairement soutenus par la psychothérapie et par un coaching.

**m.** Par avis du 14 mars 2024, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise. L'aggravation psychiatrique retenue par le psychiatre traitant était peu étayée. Il était nécessaire de demander une expertise rhumatologique et psychiatrique afin d'établir de manière claire et circonstanciée les atteintes à la santé ayant un impact sur la capacité de travail, l'évolution des incapacités de travail et la capacité de travail résiduelle depuis la décision du 5 octobre 2021.

**n.** Par courrier du 25 avril 2024, l'assurée a été informée que l'OAI avait mandaté le M\_\_\_\_\_ (ci-après : M\_\_\_\_\_), soit pour eux les docteurs N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation.

**o.** Le 2 mai 2024, l'assurée a fait valoir un motif de récusation à l'encontre du M\_\_\_\_\_, considérant que ce centre allait à l'encontre de ses intérêts.

**p.** Par décision incidente du 8 mai 2024, non contestée par l'assurée, l'OAI a confirmé qu'il entendait confier un mandat d'expertise au M\_\_\_\_\_ par les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_.

**q.** L'assurée été examinée par les Drs O\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, respectivement les 20 et 21 août 2024.

Les experts ont rendu leur rapport le 24 septembre 2024. Dans leur évaluation consensuelle, ils ont posé les diagnostics suivants, qui découlaient du volet rhumatologique : des lombalgies chroniques sur troubles statiques, discopathies étagées, érosive sévère en L3-L4 avec protrusion médiane et paramédiane droite du disque en contact avec l'émergence récessale de L4 droite ; une arthrose interfaccettaire postérieure en L4-L5 gauche et modérée en L3-L4 des deux côtés ; status post microdissectomie L4-L5 droite (2 août 2018) (M51.2/Z98.8) ; des gonalgies bilatérales sur gonarthrose bilatérale « G>D », débutante à droite ; à gauche, arthrose tricompartmentale, chondropathie rétro-patellaire marquée et fémoro-tibiale externe, lésion méniscale interne et externe (M17.0) ; cervicarthrose, actuellement asymptomatique (M47.8). Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic n'était retenu.

Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée était nulle depuis août 2018 et de 100% dans une activité adaptée depuis la décision du 5 octobre 2021 puis de 80% dans une activité adaptée depuis le 30 mai 2023 (comprenant un taux horaire de 100% et une perte de rendement de 20% en raison de la nécessité de prendre de courtes pauses). Sur le plan

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

Les limitations fonctionnelles, découlant des atteintes somatiques, imposaient une activité sédentaire, un changement de position possible, pas de position statique assis ou debout prolongée, pas de port itératif de charges de plus de 5 kg, pas de déplacements itératifs et/ou prolongés et/ou montée et descente itérative d'escaliers, pas de travail en hauteur (escabeau, échelle), pas de travail nécessitant de position à genoux et/ou un accroupissement, pas de travail avec des appareils émettant des ondes à basse fréquence, pas de mouvements itératifs en porte-à-faux du dos.

Dans le cadre de l'expertise, des documents ont été amenés par l'assurée dont notamment :

- un rapport du 15 mai 2024 du Dr B\_\_\_\_\_, attestant que l'assurée présentait un état de dépression chronique sévère dû à des traumatismes dans son enfance et dans sa vie conjugale, en étant totalement incapable de travailler ou de suivre une réadaptation professionnelle, vu ses symptômes et son instabilité psychique dont ses crises émotionnelles et de panique ; l'assurée présentait des douleurs articulaires importantes et vivait enfermée et isolée chez elle, sans une vie socio-affective, ayant aussi des problèmes d'ordre familial ;
- un rapport du 28 juin 2024 de la docteure P\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie.

**r.** Par avis du 1<sup>er</sup> octobre 2024, le SMR a suivi les conclusions de l'expertise, concluant à une aggravation de l'état de santé de l'assurée, tout en précisant que son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2023 demeurait inchangé. Les atteintes principales retenues étaient les suivantes : des lombalgies chroniques sur troubles statiques, discopathies étagées, érosive sévère en L3-L4 avec protrusion médiane et paramédiane droite du disque en contact avec l'émergence récessale de L4 droite ; une arthrose interfaccettaire postérieure en L4-L5 gauche et modérée en L3-L4 des deux côtés ; status post microdiscectomie L4-L5 droite (2 août 2018) (M51.2/Z98.8). Comme autres atteintes, le SMR a retenu : des gonalgies bilatérales sur gonarthrose bilatérale « G>D », débutante à droite ; à gauche, une arthrose tricompartmentale, une chondropathie rétro-patellaire marquée et fémoro-tibiale externe, ainsi qu'une lésion méniscale interne et externe (M17.0). Il a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail dans l'activité habituelle de 0% depuis le 2 août 2018 et une capacité de travail dans une activité adaptée de 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2019 et de 80% (taux horaire de 100% avec baisse de rendement de 20%) depuis le 30 mai 2023.

**s.** Par décision du 7 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a reconnu à l'assurée une aggravation de son état de santé dès le 30 mai 2023. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% avec une baisse de rendement de 20% et sa capacité de travail dans l'activité habituelle restait nulle.

Dès le 30 mai 2023, le degré d'invalidité était de 20%, soit inférieur à 40%, ce qui n'ouvrait pas le droit à des prestations. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans la situation de l'assurée.

- D. a.** Par acte du 7 novembre 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru devant la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, concluant, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, et, subsidiairement, à un délai pour compléter le recours. L'expertise du M\_\_\_\_\_ manquait de valeur probante, l'expert psychiatre ayant fortement minimisé la dégradation de son état de santé et ne reconnaissant aucune incapacité psychiatrique.

La recourante a produit un chargé de pièces, contenant notamment un rapport du 4 novembre 2024 du Dr B\_\_\_\_\_, qui retenait, en substance, que la recourante présentait, de façon récurrente, une humeur dépressive quasiment toute la journée et presque tous les jours, ainsi qu'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, des insomnies ou cauchemars, fatigue et perte d'énergie, vie sexuelle nulle, sentiments de dévalorisation de soi et culpabilisation, pensées liées à la fin d'un cycle d'où l'idée d'une fugue en avant et sans pensée de mort ou suicidaires, pensées très indécises et difficultés de concentration. Il estimait également que le Covid 19 ainsi que son licenciement et sa chirurgie avaient eu un impact psychologique important sur la recourante. Elle présentait en outre des difficultés pour mobiliser des ressources comme elle le faisait auparavant. Le Dr B\_\_\_\_\_ contestait le volet psychiatrique de l'expertise du M\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2024, reprochant notamment à l'expert psychiatre de ne pas avoir suffisamment démontré les traumatismes graves à l'enfance de la recourante, de nier sa pathologie psychique, d'associer la médication Quétiapine à la psychose et non à ses difficultés de sommeil et à ses cauchemars, de ne pas avoir effectué les échelles de dépression et de produire des données qui étaient contextuelles, sachant que les crises et la maladie de la recourante étaient récurrentes et qu'il y avait une aggravation de ce qui était propre « au processus de vieillissement et de son incapacité de continuer à avoir de la résilience ».

**b.** Le 14 novembre 2024, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 7 novembre 2024.

**c.** Le 27 novembre 2024, le SMR a considéré que tant l'anamnèse que le status psychiatrique du Dr N\_\_\_\_\_ étaient détaillés et établis de façon systématique. Le syndrome somatique de la dépression avait été dûment quantifié et l'expert psychiatre avait dûment exploré les ressources de la recourante de façon extensive au moyen de la CIF (classification internationale du fonctionnement). Le SMR a en outre considéré que le rapport du 4 novembre 2024 n'était pas de nature à remettre en question son appréciation du 1<sup>er</sup> octobre 2024.

**d.** Dans sa réponse du 9 décembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il s'est rallié à l'avis du SMR précité et a ajouté que le rapport d'expertise du M\_\_\_\_\_ remplissait les réquisits jurisprudentiels de sorte qu'il devait se voir reconnaître pleine valeur probante, la recourante n'apportant aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert.

**e.** Dans sa réplique du 23 décembre 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions antérieures, relevant au surplus que les arguments invoqués dans son recours n'avaient pas été examinés par la partie intimée. En effet, dans le cadre de l'expertise, aucune échelle n'était utilisée pour la dépression. De plus, l'anamnèse était lacunaire dès lors que l'expert ne relatait pas les différents moments de violences subis par la recourante et qu'il manquait la description d'une journée-type, ce qui était un critère essentiel afin de comprendre au mieux les occupations et le fonctionnement d'un expertisé. L'expertise et l'appréciation du SMR minimisaient la dégradation de l'état de santé de la recourante.

**f.** Le 6 janvier 2024, la chambre de céans a transmis cette écriture à l'intimé.

**g.** Par pli du 2 juin 2025, 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 le projet de mission d'expertise comprenant les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

**h.** Par pli du 6 juin 2025, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert annoncé ni de questions supplémentaires à proposer.

**i.** Par écriture du 10 juin 2025, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il s'opposait à une expertise judiciaire, précisant qu'aucun élément médical qui aurait été ignoré n'avait été apporté par la recourante dans le cadre de la procédure judiciaire. Si la chambre persistait dans son intention, l'intimé n'avait pas de motifs de récusation à l'encontre de l'expert annoncé ni de questions supplémentaires à poser.

Était joint à cette écriture un avis du SMR du même jour indiquant avoir pris connaissance du projet de mission d'expertise et n'avoir aucune question supplémentaire à ajouter.

**j.** Ces écritures ont été transmises aux parties.

## **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 dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI) et le délai de 30 jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

### **2.**

**2.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

**2.2** En l'occurrence, après une première décision de refus de prestations, la décision querellée fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée le 11 avril 2023 qui refuse l'octroi d'une rente. Dans ces circonstances, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en octobre 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 11 avril 2023 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 7 octobre 2024 de refus d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'intimé du 5 octobre 2021.

### **4.**

**4.1** Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

**4.2** L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentages, ou (let. a) atteint 100% (let. b).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

## 5.

**5.1** L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa 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).

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

À teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI précise qu'une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées.

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux

d'ininvalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

**5.2** 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 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 ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 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 émanant 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 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

##### A. Axe « atteinte à la santé »

#### 1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents 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. 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 ; 9C\_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

## 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

## 3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n. 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n. 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité

(ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, 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).

#### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par ex., auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

#### C. Axe « contexte social »

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches

[...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

## II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 ex., les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

## 6.

**6.1** 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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

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

**6.2.2** Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**6.2.3** En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

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

## 7.

**7.1** 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**7.2** De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale 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). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

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

considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

- 8.** En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision du 5 octobre 2021 de refus de droit à une rente d'invalidité.

Pour rappel, à la suite du courrier de la recourante du 11 avril 2023, considéré à juste titre comme une nouvelle demande de prestations, l'intimé a admis une aggravation de son état de santé sur le plan somatique, mais lui a refusé, par décision du 7 octobre 2024 (décision litigieuse), le droit aux prestations au motif que son degré d'invalidité de 20% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

La recourante ne conteste pas les conclusions de l'intimé sur le plan somatique. Elle conteste en revanche le volet psychiatrique du rapport d'expertise, estimant qu'il est dénué de valeur probante et lui oppose les différents avis de son psychiatre traitant, le Dr B\_\_\_\_\_.

**8.1** Il convient par conséquent d'examiner la valeur probante de ce rapport.

**8.1.1** L'expertise psychiatrique du 24 septembre 2024 réalisée par le Dr N\_\_\_\_\_, par mandat de l'intimé, doit être qualifiée d'expertise administrative.

Le contenu du volet psychiatrique du rapport d'expertise se fonde sur un entretien personnel d'une heure réalisé le 21 août 2024.

**8.1.2** S'agissant des exigences formelles, la chambre de céans constate d'emblée que le rapport d'expertise ne mentionne pas tous les rapports du psychiatre traitant. En particulier, les rapports des 13 septembre 2021, 5 janvier 2022, 26 avril et 8 mai 2023 du Dr B\_\_\_\_\_ ne figurent pas dans la partie « synthèse du dossier » du rapport d'expertise et ne sont pas non plus discutés par l'expert dans le cadre de son analyse. Par conséquent, un doute important subsiste quant à la question de savoir si l'expert a rendu son évaluation en pleine connaissance du dossier.

**8.1.3** Sur le fond, la chambre de céans relève que le volet psychiatrique est également critiquable à de nombreux égards. Particulièrement, les conclusions auxquelles il aboutit ne sont pas convaincantes.

En effet, l'expert psychiatre ne motive pas suffisamment ses propres conclusions, ne tient pas compte des antécédents de la recourante ni de ses plaintes et ne prend pas position sur l'opinion médicale divergente du psychiatre traitant. Il semble ainsi se fonder exclusivement sur son propre examen clinique qui paraît plutôt sommaire et comporte des ambiguïtés.

L'expert conclut ainsi que « la situation psychiatrique de Madame est celle d'une absence de psychopathologie spécifique » (cf. rapport d'expertise, p. 17). Il retient que la recourante « n'est, à l'évidence pas, déprimée », en indiquant qu'elle est

« sthénique, (...) détient une modulation affective efficiente ainsi qu'une capacité hédonique conservée, (...) s'intéresse aux compositions florales, aux préparations culinaires, à la lecture et (...) apprécie son animal de compagnie et les activités évangéliques » (*cf.* rapport d'expertise, p. 18).

Cette analyse fait toutefois abstraction des différents rapports médicaux divergents établis par le psychiatre traitant mais également de différents éléments de la lignée dépressive évoqués par la recourante dans l'anamnèse recueillie lors de l'expertise et qui n'ont pas été discutés dans le cadre de l'expertise.

En effet, l'expert se limite à écarter le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère « présent au sein du dossier médical mis à disposition », sans spécifier de quel rapport il s'agit, au motif que la recourante « rapporte des fluctuations thymiques et non une inflexion thymique constante permanente », qu'elle apparaît « particulièrement sthénique », qu'elle « détient une capacité hédonique conservée » et qu'elle « se projette dans l'avenir et détient une modulation affective efficiente » (*cf.* rapport d'expertise, p. 18).

Ces explications ne sont pas étayées et se basent sur des éléments relevés lors de l'entretien (les fluctuations thymiques, l'apparence sthénique de la recourante, sa capacité hédonique conservée et sa capacité à se projeter dans l'avenir). L'expert omet toutefois de prendre en compte les rapports du psychiatre traitant, étant rappelé qu'il n'est pas établi si l'expert en a effectivement pris connaissance. Il ne discute notamment pas les nombreux symptômes décrits par le psychiatre traitant, à savoir l'aggravation du tableau clinique et les nouveaux éléments pathologiques et traumatiques (*cf.* rapport du 26 avril 2023), les troubles du sommeil actuellement très importants avec des cauchemars présentant des scènes de terreur, un trouble de l'humeur démontrant une instabilité et une vulnérabilité psychique, une baisse de l'estime de soi et une grande perte d'intérêt sur le monde, les symptômes de douleurs et les crises de larmes très importantes (*cf.* rapport du 26 avril 2023 du Dr B\_\_\_\_\_), les effets des violences domestiques et des violences subies dans son enfance, venant aggraver la symptomatologie de la recourante (*cf.* rapport du 8 mai 2023 du Dr B\_\_\_\_\_). L'expert n'examine pas non plus la question du diagnostic de réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0) retenu par le psychiatre traitant (*cf.* rapport du 7 mars 2024 du Dr B\_\_\_\_\_). Il appartenait toutefois à l'expert de prendre connaissance de ces rapports et d'examiner leur contenu de manière circonstanciée.

S'agissant des éléments rapportés dans le cadre de l'anamnèse, l'expert n'a pas pris en considération l'état de fatigue et de stress rapporté par la recourante (*cf.* rapport d'expertise, p. 41). S'agissant plus précisément de la fatigue, l'expert n'a pas pris au sérieux la plainte y relative, fondant principalement son évaluation sur sa propre impression de la recourante et sans donner d'explication, puisqu'il indique : « interrogée quant à la présence d'un ressenti asthénique, cette assurée, qui apparaît sthénique, répond par l'affirmative » (*cf.* rapport d'expertise, p. 41). Il ne prend pas non plus en considération les troubles du sommeil de la recourante,

pourtant décrits par le psychiatre traitant à plusieurs reprises (*cf.* rapports des 26 avril 2023 et 8 mai 2023 du Dr B\_\_\_\_\_ décrivant des insomnies avec des cauchemars) et pour lesquelles la recourante suit un traitement inducteur du sommeil (*cf.* rapport d'expertise, p. 17). L'expert se contente d'indiquer qu'il « n'existe pas de réveil précoce systématique de la seconde partie de la nuit » et que « Madame se réveille entre 7h00 et 8h00 du matin » (*cf.* rapport d'expertise, p. 42). Cette question aurait toutefois dû faire l'objet d'un examen plus approfondi de la part de l'expert psychiatre.

L'expert ne retrouve pas non plus de labilité émotionnelle (*cf.* rapport d'expertise, p. 51) et ne rapporte pas de pleurs importants chez la recourante, si ce n'est qu'elle a « [émis] ponctuellement des pleurs à l'évocation d'un traumatisme sexuel de l'adolescence » (*cf.* rapport d'expertise, p. 49). Il sied toutefois de constater que l'expert rhumatologue fait état des épisodes de pleurs tout au long de l'entretien : la recourante a ainsi pleuré lorsqu'elle a expliqué qu'elle voulait faire un diplôme d'aide-soignante (*cf.* rapport d'expertise p. 30) ; elle a beaucoup pleuré sur « les difficultés rencontrées dans sa vie passée et actuelle » (p. 30) ; elle a également beaucoup pleuré en revenant toujours sur « ses problèmes de vie difficile par le passé, ses soucis concernant sa fille cadette » (p. 30) ; elle a beaucoup pleuré « constamment, avec des épisodes de sanglots » en revenant très fréquemment sur les difficultés qu'elle avait rencontrées et qu'elle rencontrait encore dans sa vie, au point où l'expert rhumatologue devait la recentrer sur ses problèmes physiques (p. 31). Des crises de larmes importantes étaient également décrites par le psychiatre traitant (*cf.* rapport du 26 avril 2023 du Dr B\_\_\_\_\_). Ces crises semblent importantes et intervenir régulièrement, ce qui ne concorde ni avec l'anamnèse de l'expert psychiatre, ni avec le comportement d'une personne chez qui il n'est pas retrouvé de labilité émotionnelle.

Dans le cadre de la discussion de l'anamnèse familiale, l'expert rapporte « un traumatisme infantile à type d'avoir été battue par sa mère » et un « abus sexuel durant la période juvénile » tout en indiquant qu'elle a « néanmoins correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours aujourd'hui. Elle n'a pas de problèmes avec la justice pénale (...) n'en a pas avec la justice civile. [Elle] rapporte au sein d'un recueil anamnétique professionnel de multiples activités professionnelles conséquentes. Elle n'est pas porteuse d'un éventuel trouble spécifique F 60 de la personnalité » (*cf.* rapport d'expertise, p. 19). Plus loin dans son rapport, l'expert mentionne encore que « l'anamnèse infantile retrouve le traumatisme d'avoir été maltraitée physiquement par la mère de l'assurée » tout en déclarant qu'il ne « retrouve pas d'abus sexuel ni de viol » avant de préciser que « l'anamnèse juvénile retrouve le fait de quitter la famille à l'âge de 13 ans pour aller travailler » et que « [m]adame mentionne avoir été abusée sexuellement une fois. L'abus n'a pas été signalé à la justice » (*cf.* rapport d'expertise, p. 44).

En plus d'être confuses et contradictoires, ces explications sont superficielles et peu nuancées, l'expert n'abordant pas de manière satisfaisante ni suffisante les

violences subies par la recourante durant son enfance et à l'âge adulte, ni ne se prononce sur leur impact sur son état de santé. S'agissant en particulier des violences familiales et sexuelles rapportées par la recourante et qui ont été mentionnées dans d'autres rapports médicaux, l'expert semble, de manière surprenante, mettre en avant le fait que ces violences n'auraient pas affecté la recourante du fait qu'elle aurait « fonctionné correctement jusqu'aux faits en cours », n'ayant pas eu de problèmes avec la justice et ayant exercé de multiples activités professionnelles. Or, ces éléments ne sauraient constituer un indicateur pertinent permettant d'exclure l'impact de violences passées sur la santé psychique. Une telle appréciation aurait dû faire l'objet d'une analyse bien plus poussée de la part de l'expert, ce d'autant plus que le psychiatre traitant a relevé un état de dépression chronique sévère dû à des traumatismes durant l'enfance de la recourante et dans sa vie conjugale (*cf.* rapport du 15 mai 2024 du Dr B\_\_\_\_\_). De plus, il sied de rappeler que, dans le cadre de l'expertise du F\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2021, il avait été retenu un état dépressif majeur en 2020 à la suite du divorce de la recourante. Ces éléments jettent un sérieux doute sur l'assertion de l'expert selon laquelle la recourante a « fonctionné correctement », impliquant que les traumatismes et violences passés n'ont pas eu d'impact sur la recourante.

En outre, l'expert passe sous silence les violences conjugales subies par la recourante pourtant documentées dans plusieurs rapports (*cf.* notamment les rapports des 26 avril, 8 mai 2023 et 15 mai 2024 du Dr B\_\_\_\_\_). Il en va de même des difficultés émotionnelles rencontrées par la recourante en lien avec la maladie de sa fille, atteinte d'un trouble affectif bipolaire, étant rappelé à ce sujet que l'expert rhumatologue a rapporté des pleurs lorsque la recourante parlait de sa fille cadette (*cf.* rapport d'expertise, p. 30).

L'existence des ressources suffisantes retenues par l'expert est également discutable. En particulier, s'agissant de la question du réseau relationnel et de l'entourage de la recourante, l'expert arrive à la conclusion que la recourante a un réseau amical conséquent et soutenant du fait de son appartenance à une église évangélique (*cf.* rapport d'expertise, pp. 20 et 46). Toutefois, à la lecture du rapport d'expertise, il appert que cette question n'a nullement été discutée de manière concrète, étant précisé au surplus que le simple fait de faire partie d'une communauté religieuse et de s'adonner à des offices religieux ne permet nullement de présumer l'existence de liens sociaux étroits, durables ou soutenant. Singulièrement, l'expert n'a pas investigué de manière satisfaisante un éventuel isolement social, constaté par le psychiatre traitant (*cf.* notamment rapport du 26 avril 2023 du Dr B\_\_\_\_\_).

Enfin, il convient d'ajouter que la description de la journée-type de la recourante est manifestement très sommaire et ne semble pas avoir été discutée de manière circonstanciée avec la recourante. Or, l'expert psychiatre avait tout le loisir de questionner la recourante à ce sujet.

Pour l'ensemble de ces raisons, les conclusions de l'expert psychiatre, notamment l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante chez la recourante, ne sont pas suffisamment convaincantes.

**8.1.4** En conclusion, le volet psychiatrique de l'expertise ne peut pas être considéré comme probant.

**8.2** Les rapports du psychiatre traitant ne suffisent pas à eux seuls à trancher la cause eu égard à leur faible densité de motivation. Ils ne permettent notamment pas de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques.

**8.3** Au vu de ce qui précède, il n'est en l'état pas possible de retenir de diagnostics fiables, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiatriques.

Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une nouvelle expertise psychiatrique.

Cependant, en l'état, il n'apparaît pas nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise rhumatologique, dans la mesure où les conclusions de la Dre O\_\_\_\_\_ sont convaincantes et sont d'ailleurs admises par la recourante. Il est relevé que l'experte rhumatologue ne fait aucune référence au volet psychiatrique de l'expertise, de sorte que le fait que celui-ci soit écarté, ne porte pas atteinte à sa valeur probante.

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

**Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise psychiatrique de A\_\_\_\_\_.

Commet à ces fins le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, c/o Centre R\_\_\_\_\_. 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 le docteur B\_\_\_\_\_.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

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

**2. Plaintes de la personne expertisée**

**3. Status clinique et constatations objectives**

**4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 5 octobre 2021 ?

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

- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

## **5. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

## **6. Cohérence**

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

## **7. Personnalité**

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

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

## **8. Ressources**

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

## **9. Capacité de travail**

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 5 octobre 2021 ?

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

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

## **10. Traitement**

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

- 10.2 Solliciter un contrôle de l'adhésion médicamenteuse avec l'interprétation clinique des résultats.
- 10.3 Comment le traitement de la personne expertisée a évolué depuis son suivi avec le psychiatre traitant, le Dr B\_\_\_\_\_ ?
- 10.4 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 ?
- 10.5 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 ?
- 10.6 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

**11. Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr B\_\_\_\_\_ des 26 avril, 8 mai 2023, 7 mars, 15 mai et 4 novembre 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une incapacité totale de travail ? Si non, pourquoi ?
  - 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du docteur N\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2024 ? En particulier avec l'absence de diagnostic incapacitant et l'estimation d'une capacité de travail entière ? 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 faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la docteure O\_\_\_\_\_ s'agissant d'éventuelles problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

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

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le