

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3751/2023

ATAS/550/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 1^{er} juillet 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Émilie CONTI MOREL, avocate

contre

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

intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président.

EN FAIT

- A.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1968, coiffeuse de formation, a exercé en dernier lieu une activité de serveuse à un taux de 100% pour le compte de B_____ SA (ci-après : l'employeuse), dont son époux est administrateur.
- B.**
- a.** En avril 2019, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a réceptionné un formulaire de détection précoce complété par l'employeuse mentionnant que l'assurée se trouvait en incapacité de travail à 50% depuis le 22 janvier 2019 en raison d'une fibromyalgie, accompagné d'une lettre de fin de traitement rédigée le 10 août 2017 par le docteur C_____, médecin adjoint au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) faisant état de ce qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et que l'affection la plus probable était un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie).
 - b.** Le 14 mai 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une fibromyalgie.
 - c.** Dans un rapport du 29 mai 2019, le docteur D_____, médecin traitant de l'assurée et spécialiste FMH en médecine interne générale, a mentionné une fibromyalgie et un pied en équin à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Les limitations fonctionnelles se présentaient sous la forme de crises de douleurs qui engendraient une diminution de la capacité de travail à 60%.
 - d.** En réponse aux questions de l'OAI, la docteure E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté, en juin 2019, de ce que l'assurée était atteinte d'un trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive (F43.22) et d'une fibromyalgie, affections qui n'avaient cependant en l'état pas d'influence sur la capacité de travail, dans la mesure où elle avait repris son emploi à 100%.
 - e.** Le 16 septembre 2019, l'OAI a accordé à l'assurée des mesures d'intervention précoce, sous la forme de cours de yoga, renouvelées en avril 2020.
 - f.** L'assurée a présenté un nouvel arrêt de travail à 50% dès le 15 novembre 2019, augmenté par les médecins du service de rhumatologie des HUG à 60% dès le 6 janvier 2020 et à 80% dès le 11 février 2020, dans le contexte de la découverte d'un diagnostic de spondylarthrite axiale avec sacro ilite radiologique.
 - g.** Dans un rapport de février 2020, la Dre E_____ a indiqué que l'assurée ne pouvait travailler à plus de 50% dans son activité habituelle, en raison d'une péjoration de son état thymique liée à la découverte de la spondylarthrite.
 - h.** Selon un rapport du 25 février 2020 de la consultation ambulatoire de la douleur aux HUG, l'assurée présentait trois types de douleurs différentes : des douleurs localisées dans les pieds, pouvant être accompagnées de douleurs dans

les omoplates, les clavicules et les coudes, ayant mené au diagnostic de fibromyalgie ; des douleurs fluctuantes localisées dans la base du pouce des deux côtés, irradiant dans l'index au niveau de la main droite, attribuées à une rhizarthrose bilatérale ; enfin, des douleurs du bassin prédominant en postérieur et irradiant en lombaire et dans les fesses des deux côtés, qui avaient mené à un diagnostic de spondylarthrite ankylosante.

i. Le 11 mai 2020, la docteure F_____, médecin interne au service de rhumatologie des HUG, a indiqué que l'assurée présentait des signes compatibles avec l'activité de sa spondylarthrite, au plan axial comme périphérique, avec probablement arthrite de l'épaule gauche, et possible épisode de dactylite de la main du même côté. Il avait été convenu de majorer son traitement médicamenteux et de remplacer certains anti-inflammatoires.

j. Dans un rapport du 11 juin 2020, le Dr D_____ a fait état de ce que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé, en raison de douleurs aux épaules. La coiffe des rotateurs de l'épaule droite avait été opérée en 2013 et désormais l'épaule gauche, atteinte d'une tendinopathie sévère du sus et de l'infra-épineux non fissuraire et d'une bursite sous-acromiale, était aussi symptomatique.

k. Le 10 juillet 2020, la Dre E_____ a fait état d'une amélioration de l'état psychique de l'assurée et indiqué qu'elle n'avait pour l'heure pas de limitations psychiatriques.

l. Le 18 décembre 2020, l'assurée a fait l'objet d'une arthroscopie de l'épaule gauche avec suture du sus-épineux, ténotomie du long chef du biceps et acromioplastie et s'est trouvée, de ce chef, en incapacité totale de travail jusqu'au 28 janvier 2021, selon certificat du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

m. Dans une lettre du 19 avril 2021 au Dr D_____, la docteure H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, nouvelle rhumatologue traitante de l'assurée, s'est interrogée sur le diagnostic de spondylarthropathie, dans la mesure où l'assurée ne présentait pas d'atteinte des sacro-iliaques, mais uniquement des enthésopathies.

n. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2021, la Dre H_____ a indiqué avoir changé la médication de l'assurée en faveur de l'Adalimumab dès début juillet 2021, car les douleurs liées à la spondylarthrite ne progressaient pas avec l'ancien traitement. La fibromyalgie était quant à elle traitée par Cymbalta et Gabapentine. La bonne *compliance* de l'assurée l'amenait à vouloir tenter une reprise de travail à hauteur de 20%. Cependant, la position statique et le port de vaisselle lourde devaient être limités dans le temps au vu de la spondylarthrite insuffisamment contrôlée.

o. Le 28 juin 2021, le Dr G_____ a indiqué que l'état de l'épaule gauche de l'assurée était stabilisé et qu'elle pourrait reprendre son activité professionnelle de restauratrice dès le mois d'août à 40% au maximum.

p. Dans un rapport du 21 novembre 2021, la Dre E_____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent et exposé que l'état de santé psychique de l'assurée évoluait par phases, souvent corrélées aux phases de la problématique somatique, mais pas uniquement. Le temps assez long pris pour poser le diagnostic de spondylarthrite et instaurer le traitement avait été une grande source de stress et de doutes, et avait beaucoup impacté la thymie et les aspects anxieux de l'assurée. Le taux de travail de 20% qu'elle réalisait actuellement induisait une fatigue importante et des douleurs et, en écho, les aspects thymiques étaient à la baisse. Il était vraisemblable que dans le futur, la capacité de travail oscille entre 0% et 20%, suivant les fluctuations des atteintes somatiques.

q. Dans un avis du 7 mars 2022, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a recommandé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, les médecins traitants ne se prononçant notamment pas sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

Ladite expertise a été confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à la docteure J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, qui ont examiné l'assurée en date des 4 et 26 août 2022 et rendu leur rapport le 19 octobre 2022.

La Dre J_____ a relevé que les diagnostics de fibromyalgie et de spondylarthrite retenus par les médecins traitants étaient pertinents et que la conduite thérapeutique était correctement menée. Seule la spondylarthropathie avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, la fibromyalgie, sous traitement, étant pratiquement asymptomatique lors de l'examen. Les autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : status après opération de l'épaule gauche et droite, tendinite d'Achille au décours, arthrose interfacettaire L5-S1 non inflammatoire, rhizarthrose gauche débutante, gonalgie, tatalgies et pubalgies, toutes sans substrat anatomique, discret épanchement trapézo-métacarpien non inflammatoire du poignet droit, discrète arthrose interphalangienne de la main droite, douleurs des épitrochlées, sans substrat anatomique et scintigraphique, et périarthrite de hanche droite au décours. Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient majorées par rapport à la réalité de ses pratiques quotidiennes (plusieurs heures de marche par jour, pratique de la natation et du yoga, contacts sociaux, conduite du ménage étalé sur la semaine). Il existait aussi une divergence entre l'annonce d'une médication prise, notamment le Vimovo, et l'historique pharmaceutique. L'assurée n'avait pas été vraiment démonstrative lors de l'examen clinique, mais avait tendance à sursauter à la palpation de la nuque, des coudes, des chevilles et des pieds, alors qu'elle ne souffrait pas systématiquement dans ces zones à l'attention déviée. Comme le montraient les données radiologiques récentes (radiographie et échographie de la main et du poignet droits, échographie de la cheville droite du 7 septembre 2022, SPECT-CT et scintigraphie osseuse du corps entier du 15 septembre 2022), aucune des plaintes physiques n'était objectivable. L'examen

clinique de l'experte était aussi quasi vierge. La fibromyalgie et la spondylarthropathie ne se potentialisaient actuellement pas entre elles, du fait que la première maladie était pratiquement éteinte sous traitement ; en revanche, lorsque la fibromyalgie était active, elle pouvait influencer le ressenti douloureux global en l'accentuant. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'experte a indiqué qu'il fallait tenir compte des antécédents opératoires des deux épaules et retenu les limitations suivantes : pas de mouvements répétitifs en abduction couplée à la rotation externe, pas de travail soutenu des membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, port de charges jusqu'à 10 kg. Découlant des constatations de l'examen clinique, des données radiologiques récentes et des limitations fonctionnelles, l'experte jugeait la profession de serveuse encore adaptée à la spondylarthropathie, actuellement refroidie sous traitement de Cosentyx. L'assurée pouvait donc exercer son activité habituelle à un taux de 80%, sans diminution de rendement. La capacité de travail dans une activité adaptée requérant peu de manutentions, pas de port de charges de plus de 8 kg des deux côtés à bout de bras et de plus de 5-6 kg lors de manipulations répétitives avec les deux mains, et offrant la possibilité de varier les positions assise et debout, était entière sans diminution de rendement. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail dans le temps, l'experte n'avait pas de raisons de s'écarter des incapacités données au fil du temps par les différents médecins spécialistes en rhumatologie, car elle ne pouvait « mettre en avant des arguments suffisants pour démentir la légitimité de ces arrêts de travail ». Il fallait donc admettre une incapacité de travail d'au minimum 80% dès le 11 février 2020 jusqu'au jour de l'expertise, sachant que l'évolution de la capacité de travail dépendait avant tout de l'efficacité thérapeutique du traitement de fond, et que le Cosentyx avait été introduit en mai 2022.

Le Dr I_____ a relevé que les limitations évoquées par l'assurée étaient d'ordre somatique exclusivement, ce qui était corroboré par la psychiatre traitante qui, contactée par ses soins, avait confirmé qu'il n'y avait pas de limitations de la capacité de travail sur le plan psychiatrique actuellement. Il n'y avait par ailleurs aucun argument pour un trouble somatoforme et la fibromyalgie n'était pas un diagnostic psychiatrique. Le seul diagnostic psychiatrique retenu était celui de trouble dépressif caractérisé, en rémission complète (DSM-5 296.26 ; CIM-10 F32.5) et était donc sans répercussion sur la capacité de travail. La dépression récurrente pouvait toutefois rechuter à tout moment pour plusieurs raisons, mais dans le cas de l'assurée, elle était principalement influencée par l'état somatique. Sur le plan psychiatrique, l'assurée disposait ainsi d'une capacité de travail entière avec une performance également entière, depuis le 10 juillet 2020, date à laquelle la Dre E_____ n'avait plus retenu de limitations psychiques.

Sur le plan consensuel, les deux experts ont relevé qu'aucun suivi psychiatrique n'avait été de mise durant l'été 2022, ce qui parlait en faveur d'un poids des souffrances peu important, étant donné que l'état psychiatrique de l'assurée était

directement influencé par l'état somatique. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était donc de 70% et entière dans une activité adaptée.

r. Le 11 novembre 2022, la Dre E_____ a contacté l'OAI pour l'informer de ce que l'assurée avait été traumatisée par le rendez-vous avec l'experte rhumatologue, qui lui avait manqué de respect et avait tenu des propos dévastateurs.

s. À la suite de la demande du SMR visant à ce que les experts précisent, de manière consensuelle, l'évolution de la capacité de travail, ceux-ci, par courrier du 7 décembre 2022, ont maintenu leurs conclusions respectives et expliqué qu'une erreur figurait manifestement dans le *consilium*. La capacité de travail globale dans l'activité habituelle était bien de 80%.

t. Dans un avis du 19 décembre 2022, le SMR a proposé de suivre les conclusions des experts et retenu, en tant qu'atteintes à la santé incapacitantes, une spondylarthropathie axiale et périphérique, ainsi qu'un status après opération de l'épaule gauche le 18 décembre 2020 et status après opération de l'épaule droite (lésion coiffe des rotateurs) en 2014. Dès le 11 février 2020, la capacité de travail de l'assurée était de 20% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et, dès le 21 janvier 2022, elle s'élevait à 80% dans l'activité habituelle, respectivement de 100% dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : activité avec peu de manutentions, pas de mouvements répétitifs en abduction couplée à la rotation externe, pas de travail soutenu des membres supérieurs au-dessus de la ligne des épaules, port de charges limité à 10 kg occasionnel, à 8 kg à bout de bras et 5 kg à répétition, possibilité de varier les positions assise / debout deux fois par heure.

u. Le 23 février 2023, procédant à l'analyse de la perte de gain, l'OAI a tenu compte d'un salaire sans invalidité fondé sur les salaires statistiques pour une activité de niveau 2 dans le domaine de la restauration, en raison du fait qu'il existait des divergences entre le salaire mensuel annoncé et le compte individuel de l'assurée, qui faisait état de revenus plus bas et fluctuants années après années. Le revenu avec invalidité devait aussi être basé sur les statistiques, de sorte que la perte de gain s'élevait à 3.44%. L'OAI n'a pas accordé d'abattement sur le revenu avec invalidité.

v. Dans un rapport du 23 mars 2023, la Dre E_____ a souligné que l'état psychique de l'assurée s'était progressivement péjoré depuis le dernier rapport de novembre 2021, avec une chute thymique nette depuis le mois de septembre 2022. L'assurée semblait fatiguée en permanence, consommait passablement d'antalgiques et de la cortisone en plus de son traitement de fond. La lenteur pour trouver un tel traitement de fond (déjà quatre essais) expliquait pour une partie l'état thymique, mais d'autres éléments y contribuaient. Le fait qu'elle ne pouvait plus travailler comme auparavant lui avait fait perdre une grande partie de ses relations sociales ainsi que son rôle dans la société. Elle avait été progressivement

envahie par des idées de honte et de dévalorisation, suivies par un retrait social encore plus important. Son estime d'elle-même avait beaucoup souffert et elle se considérait désormais comme une charge pour sa famille. Elle ne parvenait plus à s'imaginer un avenir et était assaillie depuis quelques semaines par des idées de mort. La relation avec son mari était aussi devenue compliquée. L'expertise chez la Dre J_____ avait beaucoup contribué à péjorer l'état thymique de l'assurée. L'experte avait été insensible à ses signes d'épuisement, lui avait répété que son métier consistait à débusquer les fraudeurs, l'avait reprise sur les termes qu'elle utilisait pour décrire les douleurs dans son corps et avait dénigré le travail des autres médecins pour se gargariser de ses propres qualités. Après l'expertise, la Dre J_____ avait encore pris trois fois contact avec l'assurée, insistant sur ses capacités professionnelles à démasquer les fraudeurs. Depuis, l'assurée avait le sentiment que ses douleurs et limitations physiques n'étaient pas reconnues par le monde médical et était prise dans des mécanismes de culpabilisation et de dévalorisation. L'état de santé psychique actuel de l'assurée participait désormais à la limitation de sa capacité de travail. Le trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive qui avait jusque-là été retenu cédait désormais le pas à un épisode dépressif, dont les critères étaient remplis. La psychiatre traitante a par ailleurs décrit les limitations psychiques de l'assurée et exposé que cette dernière ne pouvait exercer d'activité professionnelle adaptée à plus de 20%.

w. Par projet de décision du 6 juin 2023, l'OAI a dit que l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 80% du 1^{er} novembre 2020 au 30 avril 2022 et a refusé le droit à des mesures d'ordre professionnel. Il a tenu compte d'une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée dès le 21 janvier 2022.

x. Le 5 juillet 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil, a communiqué ses observations à l'égard du projet de décision. Elle a fait valoir que l'évolution de son incapacité de travail était imprécise et que l'OAI avait retenu à tort une amélioration de son état de santé au 21 janvier 2022. La Dre J_____ avait à ce propos mentionné que sa capacité de travail s'était améliorée dès le mois de juillet 2022, à la suite de la mise en place du traitement de Cosentyx au mois de mai 2022. Elle avait ainsi le droit de bénéficier, à tout le moins, d'une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2022 en tenant compte d'un délai de trois mois à compter du 1^{er} juillet 2022. Au surplus, l'assurée a contesté les conclusions de la Dre J_____ au sujet de sa capacité de travail et allégué avoir tout au plus une capacité de travail de 50%, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, en référence aux prises de position de ses médecins traitants. L'experte n'avait par ailleurs pas été impartiale, ce qui contribuait à ôter toute valeur probante à son rapport et l'assurée sollicitait la remise de l'enregistrement de l'expertise. Elle a enfin relevé que la question de la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle pourrait se poser et soutenu qu'un abattement d'au moins 10% sur le revenu avec invalidité devait être octroyé, aboutissant ainsi à un

taux d'invalidité de 43% et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité après le 30 septembre 2022.

À l'appui de ses observations, l'assurée a produit les pièces suivantes :

- courrier adressé par son avocate à la Dre H_____ le 6 juin 2023 ;
- rapport de la Dre H_____ du 9 juin 2023 mentionnant que l'appréciation de la Dre J_____, selon laquelle les plaintes de l'assurée n'étaient pas vraisemblables, était erronée et précipitée. L'assurée était relativement jeune, attentive à faire au mieux du point de vue de sa prise en charge, avec une adhérence thérapeutique optimale et une hygiène de vie irréprochable sur le plan ostéoarticulaire. Elle pratiquait de l'exercice physique, de la sophrologie et du yoga au quotidien, sur la proposition de ses médecins, afin de ne pas être envahie en continu par ses douleurs et faire face à un épuisement constant. Un travail à 50% dans une activité non physique, par exemple de bureau, semblait adéquat. Le rendement de l'assurée était naturellement diminué car elle présentait une fatigue chronique et des douleurs chroniques avec des épisodes de poussées inflammatoires amenant à d'occasionnels arrêts médicaux. Les poussées inflammatoires pouvaient récidiver et parfois limiter les ports de charges à moins de 8 kg.

y. Le 18 juillet 2023, le SMR a considéré qu'il était surprenant que la Dre H_____ retienne une capacité de travail identique dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de bureau compte tenu des limitations fonctionnelles retenues. Quant au rapport médical de la Dre E_____ du 23 mars 2023, il ne mettait en avant aucun élément clinique objectif, ni changement de traitement. En somme, les médecins traitantes appréciaient différemment une même situation clinique. Le SMR maintenait donc ses conclusions, sauf concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle de serveuse qui, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles déclinées par l'experte rhumatologue, n'était raisonnablement plus exigible.

z. Par décision du 13 octobre 2023, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2020 au 30 avril 2022 et refusé l'octroi d'autres mesures professionnelles.

- C. a. Le 13 novembre 2023, sous la plume de son avocate, l'assurée a interjeté recours à l'encontre de la décision du 13 octobre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce que l'intimé produise l'intégralité de son dossier, y compris l'enregistrement de l'expertise réalisée par la Dre J_____, à l'audition des parties et des Drs H_____, E_____ et D_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, principalement, à l'annulation de la décision entreprise, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée du 1^{er} novembre 2020 au 30 septembre 2022 avec intérêts à 5% l'an sur les arriérés de rente à compter du 24^e mois

suivant l'exigibilité, et à ce qu'une rente d'invalidité illimitée dans le temps d'un taux d'à tout le moins 61.5% lui soit versée à compter du 1^{er} octobre 2022, toujours avec intérêts.

La recourante a notamment produit une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) des articulations sacro-iliaques du 2 août 2023 et un avis ostéoarticulaire du 30 août 2023 de la docteure K_____, du service de radiologie des HUG. Procédant à la relecture de toute l'imagerie réalisée depuis 2019, cette dernière a indiqué que les différents examens réalisés montraient surtout une arthropathie à caractère inflammatoire à gauche sur la partie moyenne avec une légère atteinte notamment érosive au niveau de la partie postéro-inférieure gauche. L'évolution ne montrait pas d'anomalie de l'os sous-chondral typique d'une maladie inflammatoire à type de sclérose, œdème flou ou remaniement graisseux. Cependant, le pseudo élargissement, la présence de ponts osseux et d'irrégularités parlaient en faveur d'une maladie inflammatoire possible. Il n'y avait pas d'autre enthésopathie spécifique dans le bassin. Le diagnostic d'une arthropathie mécanique n'était pas exclu mais peu probable vu le siège et l'évolution radiologique.

La recourante a aussi produit un rapport de la Dre H_____ du 30 octobre 2023 dans lequel cette dernière rapportait que la symptomatologie douloureuse chronique était très complexe au vu d'une spondylarthropathie d'emblée difficile à traiter compte tenu des diagnostics de fibromyalgie et de dépression surajoutés. L'IRM avait été répétée plusieurs fois en l'absence d'autres signes prouvant la composante inflammatoire et il n'y avait pas de concordance évidente entre l'imagerie et la clinique, probablement en raison d'une forme de spondylarthropathie frustrée, en présence d'un syndrome douloureux et d'une dépression envahissant totalement la vie de la recourante et ne lui permettant quasiment plus de fonctionner en-dehors de sa prise en charge médicale. La recourante présentait aussi une composante mécanique surajoutée à ses plaintes, avec des épisodes de tendinopathie et de bursites, par exemple des épaules. Elle faisait tout ce qui était possible au quotidien pour se soigner – notamment diverses activités physiques, suivi psychothérapeutique, adaptation de l'hygiène de vie, acceptation d'une médication immunosuppressive et pour le psychisme – et présentait malgré tout pour l'heure une qualité de vie très insatisfaisante, incompatible avec une reprise professionnelle. Dans la mesure où le diagnostic de spondylarthropathie était une spondylarthropathie frustrée, sans détérioration imagerie osseuse claire, il était impératif que l'intimé comprenne que la qualité de vie de la recourante était très mauvaise et qu'elle avait besoin de temps pour mener à bien l'hygiène de vie nécessaire afin de gérer sa symptomatologie douloureuse chronique d'origine multifactorielle, ce qui rendait nécessaire l'octroi d'une rente d'invalidité d'au minimum 50%.

b. Dans sa réponse du 15 janvier 2024, l'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 12 janvier 2024 relevant que le début de l'aptitude à la réadaptation se situait

au mois de juillet 2022, soit trois mois après l'introduction d'un nouveau traitement, a modifié ses conclusions en ce sens que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle mais présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de juillet 2022. La décision litigieuse devait ainsi être modifiée et une rente entière d'invalidité être octroyée à la recourante du 1^{er} novembre 2020 au 31 octobre 2022. Dans sa prise de position du 12 janvier 2024, le SMR a par ailleurs relevé que les nouveaux rapports médicaux produits à l'occasion du recours n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif, ni radiologiquement, ni cliniquement : le diagnostic de spondylarthropathie avait déjà été retenu par l'experte rhumatologue, de même que les atteintes des épaules et la fibromyalgie ; les experts avaient apporté de manière consensuelle leurs conclusions, en se basant sur des éléments objectifs, ainsi que sur l'analyse des indicateurs standards de gravité ; l'IRM récente ne mettait au surplus pas en évidence de nouvelle atteinte, la lésion de la sacro-iliaque étant stable.

c. Par réplique du 7 février 2024, la recourante a pris acte de ce que l'intimé modifiait sa position, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée jusqu'au 31 octobre 2022, en lieu et place du 30 avril 2022, et a persisté dans ses conclusions.

d. Le 6 mars 2024, l'intimé a communiqué à la chambre de céans un courrier qui lui avait été adressé le 1^{er} mars 2024 par la recourante, dans lequel elle sollicitait des mesures de réadaptation, notamment des mesures de réinsertion professionnelle tenant compte de ses limitations de santé. Il était en effet admis qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle et elle avait été licenciée par son employeuse avec effet au 30 juin 2024, justificatif à l'appui.

e. Dans sa duplique du 7 mars 2024, l'intimé s'est opposé aux mesures d'investigation complémentaires requises par la recourante et a persisté dans ses conclusions.

f. Par courrier du 10 juin 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique et rhumatologique aux docteurs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et leur a fixé un délai au 28 juin 2024 pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise annexée.

g. Par courrier du 26 juin 2024, la recourante a demandé l'ajout d'une question à la mission d'expertise, ce qui a été effectué ; elle ne s'est pas opposée aux noms des experts proposés. Par courrier du 27 juin 2024, l'intimé n'a fait valoir aucun motif de récusation et a demandé qu'un dosage sanguin soit effectué en cas de traitement psychotrope.

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

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

2. Au vu des conclusions des parties, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité postérieurement au 31 octobre 2022, dans la mesure où il n'est plus contesté qu'une rente doit être versée jusqu'à cette date, et non jusqu'au 30 avril 2022, comme retenu dans la décision querellée.

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

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

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

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

3.2 Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, les mêmes principes généraux du droit intertemporel conduisent à évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI

et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). Il sied par ailleurs de rappeler qu'une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références).

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le droit à la rente est né antérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, dans la mesure où une modification de la situation de fait limitant le droit à la rente est intervenue, selon l'intimé, après cette date, les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. 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 (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).
5. 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).

Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
7. 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV 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 distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

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

RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire pour statuer sur le droit à la rente de la recourante. Il s'agit donc de vérifier si cette expertise peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant en premier lieu de l'expertise rhumatologique, la Dre J_____ a estimé que seule la spondylarthropathie avait une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Cependant, deux des limitations fonctionnelles énoncées par cette experte concernent les épaules, alors même qu'elle a jugé les status après opérations de ces membres non incapacitants. Le SMR, même s'il propose de suivre les conclusions motivées de l'expertise, s'éloigne de ses conclusions sur ce point, ainsi que pour ce qui a trait à l'exigibilité de l'activité habituelle, qu'il juge non adaptée au vu de l'ensemble des limitations fonctionnelles. L'experte justifiait pour sa part la poursuite de l'activité de serveuse par le fait que la spondylarthropathie était refroidie sous traitement. En motivant de la sorte son appréciation, la Dre J_____ passe cependant sous silence les limitations fonctionnelles des membres supérieurs, pourtant énoncées par ses soins quelques lignes plus haut. Il sied en outre de rappeler que le Dr G_____, chirurgien orthopédiste, a estimé que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle ne pourrait dépasser 40%, même après stabilisation de l'état de l'épaule gauche.

Au surplus, l'experte a retenu une discordance entre les plaintes de la recourante et le déroulement de ses journées, essentiellement en raison du nombre d'activités sportives qu'elle pratique. Or, les médecins traitants de la recourante ont à de nombreuses occasions insisté sur le bénéfice thérapeutique de ces diverses activités et encouragent la recourante à s'y consacrer, élément qui n'est pas examiné par la Dre J_____. Le déroulement d'une journée-type de la recourante n'est donc pas remis dans son contexte par l'experte.

La Dre H_____ réfute par ailleurs les conclusions de la Dre J_____, en insistant sur le fait que la recourante présente une spondylarthropathie atypique (frustre), combinée à une fibromyalgie et à une dépression, qui péjorent grandement sa qualité de vie et l'obligent à consacrer beaucoup de temps à la gestion de ses douleurs, ce qui rend impossible un emploi à plus de 50%. Si, certes, au moment

de l'expertise, la fibromyalgie semblait maîtrisée grâce à la médication, la suite du dossier suggère néanmoins une décompensation, élément qu'il s'agit de clarifier.

Sur le plan psychiatrique, le Dr I_____ a diagnostiqué un trouble dépressif caractérisé, en rémission complète, le status psychiatrique étant dans la norme au jour de l'examen et la recourante ayant exclusivement évoqué des limitations d'ordre somatique. Il note néanmoins qu'une dépression récurrente peut rechuter à tout moment pour plusieurs raisons et que, dans le cas d'espèce, la dépression est principalement influencée par l'état somatique. Dans ce contexte, au vu du rapport médical de la Dre E_____ du 23 mars 2023 faisant état d'une nette péjoration de l'état thymique de la recourante depuis septembre 2022, il ne peut être exclu que son état de santé se soit détérioré après la réalisation de l'expertise bidisciplinaire. La psychiatre traitante motive par ailleurs cette péjoration (lenteur pour trouver un traitement de fond approprié à l'affection rhumatologique, retrait social, idées de honte et de dévalorisation à ne plus pouvoir travailler comme précédemment, et réaction à la suite de l'expertise rhumatologique, la recourante ayant le sentiment que ses douleurs et limitations physiques ne sont pas prises en compte par le monde médical), et ses explications à ce propos semblent plausibles.

Au vu des éléments qui précèdent, la chambre de céans n'estime pas l'expertise bidisciplinaire des Drs J_____ et I_____ suffisamment probante pour se prononcer sur le cas d'espèce et l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'au 13 octobre 2023. La réalisation d'une expertise judiciaire bidisciplinaire en rhumatologie et en psychiatrie apparaît ainsi nécessaire.

À ces fins, la chambre de céans commet le docteur L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise de Madame A_____. Commet à ces fins le docteur L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, place O_____, à Genève, et la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rue P_____, à Genève.
- II. 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 les docteurs H_____, E_____ et D_____.
 - C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Charge le Dr L_____ (SOMATIQUE) d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 - 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status et constatations objectives**
 - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

 - 4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.1 Dates d'apparition
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
 - 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré / détérioré depuis le mois de novembre 2019, et en particulier depuis juillet 2022 ?

- 4.6 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).
- 4.7 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Capacité de travail

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

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

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

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

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

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

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

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

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de novembre 2019, et en particulier depuis juillet 2022 ?

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

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

7. Traitement

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

7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

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

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de l'expertise de la docteure J_____ du 19 octobre 2022 et son avis complémentaire du 7 décembre 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dre H_____ des 9 juin et 30 octobre 2023 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50% ? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du SMR, soit de la docteure N_____, du 12 janvier 2024, qui retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, dès le 7 juillet 2022 ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

G. Charge la Dre M_____ (PSYCHIATRE) d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

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

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré / détérioré depuis le mois de novembre 2019 ? Qu'en est-il en particulier depuis l'expertise psychiatrique de 2022 ?

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 la personnalité ou de ces traits de la personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
 - a) psychique
 - b) mental
 - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de novembre 2019 en particulier depuis l'expertise psychiatrique de 2022 ?
- 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 10.5 Effectuer un dosage sanguin en cas de traitement psychotrope.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de l'expertise du docteur I_____ du 19 octobre 2022 et son avis complémentaire du 7 décembre 2022 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% ? Ces conclusions sont-elles toujours d'actualité? Si non, pourquoi et depuis quand ?

- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre E_____ du 23 mars 2023 ? En particulier avec le diagnostic posé, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?
12. Quel est le pronostic ?
13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- H. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr L_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
- I. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.
- III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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