RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3785/2022** **ATAS/383/2023**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Ordonnance d'expertise du 1er juin 2023

**Chambre 6**

En la cause

| | |
|---|---|
| **A_____** | recourante |
| contre | |
| **OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE** | intimé |

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.**

## EN FAIT

**A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1966, mère de deux enfants majeurs, remariée en 2013 et divorcée en 2019, est titulaire de certificats fédéraux de capacité d'esthéticienne, d'employée de commerce et d'un diplôme de coach-conseil de l'Institut de Relooking International (France). Elle a travaillé entre 1983 et 1990 puis de 1999 à 2004 pour diverses banques genevoises.

**b.** Dès 1992 puis en 2005-2006, elle a exercé une activité d'esthéticienne et de conseillère en image indépendante. En 2007-2008, elle a travaillé comme secrétaire-comptable puis en 2008-2009 comme assistante administrative et esthéticienne-formatrice à l'école B_____. De septembre 2011 jusqu'en août 2012, elle a travaillé comme gérante salariée de l'institut de beauté C_____. Du 20 janvier 2014 au 29 janvier 2016, l'assurée a été inscrite au registre du commerce comme titulaire des entreprises individuelles « D_____» et « E_____». Depuis le 10 novembre 2015, l'assurée est inscrite au registre du commerce comme associée gérante de F_____ SARL, société ayant pour but « la formation et le conseil en relooking, le coaching en image, l'achat et la vente de produits cosmétiques et d'autres produits liés à l'activité (…) ».

**B.** **a.** Le 16 octobre 2014, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en y invoquant une atteinte lombaire (L5 sacralisée congénitale).

**b.** Dans un rapport transmis à l'OAI le 18 novembre 2014, la docteure G_____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies basses. Elle a relaté que l'assurée présentait une raideur lombaire, des douleurs à la palpation et une compression des apophyses lombaires L4-L5. Cette dernière souffrait de limitations fonctionnelles relatives au port de charges, aux mouvements de flexion antérieurs du tronc, et aux bras de levier en traction lombaire, qui l'empêchaient d'exercer des soins esthétiques complets. Une incapacité de travail de 50% était attestée dès le 1er septembre 2014.

**c.** La BÂLOISE, assurance perte de gain, a diligenté une expertise auprès du docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale.

Dans son rapport du 25 juin 2015, il a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques avec discopathies étagées prédominant en L4-L5, de lupus érythémateux avec antécédents d'atteinte cutanée et articulaire, sans traitement ni signe clinique. Il a également fait état d'un diagnostic anamnestique d'état dépressif.

Au vu du tableau clinique et radiologique, il estimait la capacité de travail à 0% dans l'activité d'esthéticienne, qui impliquait le maintien de la position debout en semi-flexion antérieure, mais à 50% « dès maintenant » dans l'activité exercée d'enseignement et de coaching en image. On pouvait espérer à terme une

augmentation à 100% moyennant une physiothérapie plus active, avec un grand risque toutefois que persistent des plaintes douloureuses sans substrat « très objectif ». Le pronostic était mauvais, vu la discordance entre les plaintes et les lésions radiologiques.

**d.** Le 22 septembre 2015, la docteure I_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a émis l'avis que l'état de santé n'était pas stabilisé mais qu'en toute hypothèse, on pouvait retenir, dès le 1er septembre 2014, une capacité de travail de 0% dans l'activité d'esthéticienne mais de 50% dans une activité adaptée sans port de charges supérieures à 5 kg, mouvements répétitifs de la colonne lombaire, positions en porte-à-faux ou en en semi-flexion antérieure.

**e.** Le 28 septembre 2015, la Dre G_____ a confirmé une capacité de travail nulle comme esthéticienne mais de 50% dans une activité adaptée d'enseignement et de conseils ; l'état de santé était stable depuis fin août 2014. Elle a sollicité une aide financière pour une reconversion professionnelle.

**f.** Dans un rapport transmis à l'OAI le 28 octobre 2015, le professeur J_____, médecin adjoint au département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a fait état d'un trouble dépressif récurrent et d'une addiction comportementale, sans répercussions sur la capacité de travail.

**g.** Le 30 octobre 2015, le docteur K_____, médecin adjoint du Service de rhumatologie des HUG, a rendu un rapport d'évaluation multidisciplinaire du dos, confirmant, lui aussi, une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions, sans position en porte-à-faux ni port répété de charges. Une ergothérapie et la poursuite du suivi psychiatrique étaient préconisées.

**h.** Le 21 janvier 2015, la docteure L_____, médecin au SMR, a indiqué que c'était depuis le mois de juin 2015 que l'assurée était capable d'exercer une activité à 50%, conformément à l'expertise du Dr H_____.

**i.** Dans son calcul du 8 février 2016, l'OAI a fixé le degré d'invalidité en 2014 à 37.1% sur la base, d'une part, d'un revenu sans invalidité de CHF 58'542.- correspondant au dernier salaire perçu par l'assurée en 2012 auprès de C_____, indexé jusqu'en 2014, et, d'autre part, d'un revenu d'invalide indexé de CHF 36'830.- fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (tableau TA1_tirage_skill_level, ligne 85 [enseignement], niveau de compétence 3), compte tenu d'un taux d'activité exigible de 50% et d'un abattement de 10%.

**j.** Par décision du 12 avril 2016, l'OAI a nié tout droit de l'assurée à des prestations. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'esthéticienne dès le 1er septembre 2014 mais de 50% dans toute activité adaptée aux limitations dès le 1er juin 2015 ; le degré d'invalidité était de 37% (le revenu d'invalide était issu de l'ESS 2012, avec un niveau de compétence 3), taux

insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas.

**k.** L'assurée a recouru contre cette décision, en concluant à l'octroi d'au moins un trois quart de rente d'invalidité dès le 1er septembre 2015, subsidiairement à la mise en œuvre d'un reclassement. Elle a signalé qu'une aggravation de sa dépression l'empêchait désormais de travailler. Cette aggravation, apparemment postérieure à la décision querellée, serait prochainement investiguée.

À l'appui de ses écritures, elle a joint un rapport établi le 26 mai 2016 par le Prof. J_____ : sa patiente a investi le peu d'argent dont elle disposait et énormément d'efforts pour se réadapter par elle-même dans une activité d'enseignement spécialisé, laquelle ne lui permet pas, en l'état, de subvenir à ses besoins essentiels. Sa capacité de gain lui parait donc nettement surévaluée. Dans ce contexte, il constate une détérioration de la thymie de l'assurée, aujourd'hui dépressive, ce qui l'empêche de travailler. À terme, c'est l'ensemble du projet qui lui parait menacé, à supposer qu'il soit viable.

**l.** Par arrêt du 29 août 2016 (ATAS/683/2016), la chambre de céans a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 47% et dit qu'elle avait en conséquence droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1er septembre 2015. Il a retenu un revenu d'invalide fondé sur l'ESS 2012, avec un niveau de compétence 2.

**m.** Le 1er novembre 2016, l'assurée a déposé une demande de mesures professionnelles et le 3 novembre 2016 l'OAI a indiqué qu'il n'y donnerait pas suite, dès lors que sa précédente demande était toujours « en instruction suite à l'arrêt de la Cour de justice du 29 août 2016 ».

**n.** Par décision du 6 mars 2017, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1er septembre 2015.

**o.** Le 20 février 2019, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (by-pass gastrique).

**p.** Dès le 30 novembre 2019, une révision du dossier a été ouverte.

**q.** Dans le questionnaire pour la révision de la rente du 20 avril 2020, l'assurée a indiqué travailler pour M_____ SA à un taux de 70%.

**r.** Le 7 mai 2020, le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine du travail, pneumologie et médecine interne générale, a attesté d'un suivi depuis le 20 juillet 2018 et d'une chirurgie bariatrique en 2019, ainsi que de douleurs dorsales stables.

**s.** Le 28 mai 2020, le docteur O_____, spécialiste en traitement interventionnel de la douleur à la clinique de la douleur, a attesté de douleurs lombaires et d'une dénervation par radiofréquence avec une amélioration importante des douleurs. La capacité de travail restait inchangée.

**t.** Le 17 décembre 2020, le SMR a constaté que l'amélioration survenue en mai 2019 était insuffisante pour augmenter la capacité de travail et suggéré une révision dans une année.

**u.** Le 20 février 2021, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle avait été licenciée pour fin février 2021 et que son état de santé s'était aggravé psychologiquement et physiquement depuis février 2020. Elle avait travaillé en dernier lieu comme gérante d'une bijouterie à un taux de 80%, activité qu'elle n'avait assumé que durant deux semaines (cf. note téléphonique de l'OAI du 22 avril 2021).

**v.** Le 5 mai 2021, le Dr O_____ a attesté d'une recrudescence de lombalgies, en crises aigües. Le 6 mai 2021, le Dr N_____ a indiqué une perte de 27 kilos et l'absence de restrictions par rapport à sa prise en charge ; le 21 janvier 2021, il avait constaté une aggravation des douleurs dorsales. Le 9 juillet 2021, le Prof. J_____, dorénavant médecin chef au département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. La capacité de travail était de 20% depuis février 2021, en supposant une amélioration de l'humeur. Le 6 janvier 2022, le Prof. J_____ a confirmé une capacité de travail de 20%.

**w.** A la demande de l'OAI, le SWISS EXPERTISES MÉDICALES (ci-après : SEM) a rendu une expertise bidisciplinaire (docteurs P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) le 12 août 2022. Ils ont posé les diagnostics de syndrome lombovertébral et discopathie postérieure lombaire L3-L4, L4-L5, L5-S1. Il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique. La capacité de travail était de 50%.

**x.** Le 29 août 2022, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise précitée, une capacité de travail de l'assurée de 50% depuis le 1er juin 2015.

**y.** Par décision du 18 octobre 2022, l'OAI a maintenu le quart de rente d'invalidité de l'assurée.

**C.** **a.** Le 15 novembre 2022, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation, l'expertise du SEM ne tenant pas compte de son état dépressif chronique. Elle a produit un rapport du 14 novembre 2022 du Prof. J_____, lequel contestait certains points du rapport du Dr Q_____.

**b.** Le 12 décembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à un avis du SMR du 22 novembre 2022, selon lequel le rapport du Prof. J_____ n'apportait pas de nouvel élément médical objectif permettant de modifier son appréciation.

**c.** Le 13 février 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a précisé qu'elle allait prochainement

consulter un nouveau psychiatre, le docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**d.** Le 14 février 2023, à la demande de la chambre de céans, l'OAI a versé au dossier l'enregistrement de l'expertise du BEM du 12 août 2022.

**e.** A la demande de la chambre de céans, le Prof. J_____ a donné des renseignements complémentaires le 15 mars 2023. Il suivait l'assurée depuis le 2 février 2012. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère sans symptômes psychotiques (6A71) - (péjoration avec dernier épisode persistant depuis février 2021) ; trouble de sexualité compulsive (6C72) ; difficulté de la personnalité (QE50.7) ; au plan somatique (voir avec les autres intervenants) ; syndrome lombovertébral (douloureux, invalidant et plus difficile à traiter du fait des conséquences de la chirurgie bariatrique) ; *status* post chirurgie bariatrique ; lupus. Depuis 2021, l'humeur dépressive était présente sans période de rémission et les capacités d'adaptation étaient fortement réduites. Du 1er février au 31 mars 2021, elle était totalement incapable de travailler, puis incapable de travailler à un taux de 80%, puis totalement incapable de travailler depuis le 1er février 2023. Il était en désaccord avec l'expertise du Dr Q_____.

**f.** Le 28 mars 2023, le SMR a confirmé la valeur probante de l'expertise du Dr Q_____ et l'OAI a, le 4 avril 2023, persisté dans ses précédentes conclusions.

**g.** Le 4 avril 2023, l'assurée a indiqué qu'elle avait finalement consulté Madame S_____, psychologue FSP, ainsi que la docteure T_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et hypnose médicale, pour des séances d'autohypnose.

**h.** Le 20 avril 2023, Madame S_____ a relevé que les douleurs handicapaient l'assurée de manière quotidienne et que son état psychique se fragilisait, de sorte qu'elle était totalement incapable de travailler.

**i.** Le 11 mai 2023 la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique confiée à la docteure U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**j.** Le 22 mai 2023, l'assurée a écrit qu'elle se tenait à disposition de l'experte.

**k.** Le 23 mai 2023, l'OAI s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire et a transmis un avis du SMR du 22 mai 2023 requérant l'ajout d'une question.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, le droit à la rente de la recourante est né antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que l'ancien droit reste applicable.

**1.3** Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 56 à 61 LPGA).

**2.** Est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à un quart.

**3.**

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

**3.2** En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

**3.3** Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il

importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraine une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.**

**4.1** Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changement notablement.

**4.2** 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. 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

**4.3** Selon l'arrêt 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès

qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

**5.** 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. 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).

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

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

**5.2** 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 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 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**5.3** 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**5.4** 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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).

**6.**

**6.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d’être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c’est-à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**6.2** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

**7.** En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire du BEM pour rendre sa décision de maintien du quart de rente d'invalidité de la recourante.

Celle-ci conteste le volet psychiatrique de l'expertise effectuée par le Dr Q_____. Compte tenu des avis totalement divergents de l'expert Q_____ et du psychiatre traitant de la recourante, s'agissant tant des diagnostics posés que des limitations fonctionnelles retenues, il se justifie d'instruire médicalement le cas en ordonnant une expertise judiciaire psychiatrique. Cela est d'autant plus nécessaire que l'expertise du Dr Q_____ est superficielle, se limitant à retranscrire les réponses de la recourante à une liste de questions, sans réelle analyse des informations récoltées.

**8.** Au vu de ce qui précède, une expertise judiciaire psychiatrique sera confiée à la Dre U_____.

Conformément à la demande du SMR, une question 10.1 sera ajoutée à la mission d'expertise.

**PAR CES MOTIFS,**

**LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins la docteure U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, _____, à Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des thérapeutes ayant traité la personne expertisée, en particulier le Prof. J_____ et Madame S_____.

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 février 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'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

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

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

**7. Personnalité**

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

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

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

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

**8. Ressources**

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

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

a) psychique

b) mental

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

**9. Capacité de travail**

9.1 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué du point de vue psychiatrique depuis avril 2016 (date de la dernière décision de l'OAI) ?

9.2 La capacité de travail (50%) de la personne expertisée s'est-elle modifiée depuis février 2021 par une aggravation de l'état de santé psychique ?

9.2.1 Si oui, de quelle manière ? En cas d'aggravation de l'état de santé psychique, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

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

**10. Traitement**

10.1 Effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques afin d'évaluer la compliance et/ou la biodisponibilité.

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

10.3 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 ?

10.4 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 ?

10.5 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 l'expertise du Dr Q_____ du 12 août 2021 ? En particulier avec l'absence de diagnostic psychiatrique et l'estimation d'une capacité de travail totale ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Prof. J_____ du 1er juillet 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 20% maximum depuis février 2021 ? Si non, pourquoi ?

**12**. Quel est le pronostic ?

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

**14**. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

| La greffière | La présidente |
|---|---|
| Adriana MALANGA | Valérie MONTANI |

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