RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3879/2021 **ATAS/368/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 mai 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ recourante

représentée par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président.

EN FAIT

A. **a.** Le 30 octobre 2016, Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1968, veuve depuis décembre 2008 et mère de deux enfants majeurs, ressortissante d'un Etat européen et titulaire d'un permis C UE/AELE, femme de chambre au taux de 100% au service du même hôtel (ci-après: l'employeur) depuis le 20 juillet 2005, titulaire d'un diplôme de celui-ci du 8 décembre 2012 de "reconnaissance de services dévoués pendant 5 ans", de certificats de formations à la journée concernant la lutte contre les nuisibles ainsi que d'une attestation de formation d'une société de sécurité pour 6 heures de formation théorique en matière de gestion des conflits et des agressions, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'une déchirure du tendon de l'épaule (opération le 25 mai 2016).

b. Dans un questionnaire AI rempli le 25 novembre 2016, la doctoresse B_____, médecin praticienne FMH avec un diplôme/attestation de formation continue en médecine interne générale, médecin généraliste traitante, n'a pas pu répondre concernant la question de la capacité de travail de l'intéressée, faisant néanmoins état, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, d'une tendinopathie sévère de la coiffe des rotateurs gauche depuis 2013, opérée le 25 mai 2016, et, en tant que diagnostics avec effet sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques depuis 2010, d'une colopathie depuis 2016 ainsi que d'une gastrite chronique.

Dans deux questionnaires AI remplis le 1er décembre 2016, le docteur C_____, le chirurgien orthopédiste FMH qui avait opéré l'assurée, n'a pas fait état d'une incapacité de travail, mais de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le jour même. Était également complété un questionnaire relatif aux éventuelles limitations fonctionnelles.

c. Par projet de décision du 11 mai 2017 puis décision du 15 juin 2017, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé) a retenu une incapacité de travail de 100% du 18 avril au 25 novembre 2016, de 50% du 26 novembre au 26 décembre 2016 puis de 25% du 27 décembre 2016 au 28 janvier 2017, la capacité de travail étant entière à partir du 29 janvier 2017, et a refusé le droit à une rente et à des mesures professionnelles.

d. Cette décision n'a pas été contestée par l'intéressée.

B. **a.** Le 15 février 2019, l'assurée a déposé une – nouvelle – demande de prestations de l'AI, mesures professionnelles et/ou rente, en raison de lombalgies chroniques sur scoliose, sciatalgies, discopathie sévère L3-L4 opérée en octobre 2018, canal lombaire étroit multifactoriel, radiculopathie L5 gauche d'étiologie indéterminée en cours de bilan et d'aggravation post-opératoire.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office a, dans une note du 6 mars 2019, retenu un statut actif correspondant à un emploi à plein temps – pour lequel l'employeur a décrit les activités individuelles de l'assurée (questionnaire rempli le 27 février 2019) –, et a recueilli divers renseignements médicaux et non médicaux, notamment ceux qui suivent.

Des rapports de radiologues FMH établis en avril 2015 et en été 2017 et 2018 portaient sur les lombalgies et sciatalgies.

Le 31 août 2018, le docteur D_____, spécialiste FMH notamment en médecine physique et réadaptation, de l'Hôpital de La Tour, indiquait une incapacité de travail de 50% depuis le 9 juillet 2018 et jusqu'au 9 septembre 2018 en raison de discopathies lombaires étagées (maladie). Des certificats du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) faisaient état d'arrêts de travail pour maladie de 50% du 10 septembre au 7 octobre 2018, puis de 100% jusqu'au 13 janvier 2019. Du 8 janvier au 16 avril 2019 à tout le moins, la Dresse B_____ attestait une incapacité totale de travail.

Sur cette base, l'assurance de perte de salaire maladie de l'employeur a versé des indemnités journalières à l'intéressée durant la période du 7 septembre 2018 au 28 février 2019.

Dans un questionnaire AI rempli le 12 avril 2019, la médecin généraliste traitante retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une activité adaptée, en raison d'une parésie des releveurs du pied et des orteils du pied gauche avec radiculopathie sévère L5 gauche, les limitations fonctionnelles consistant en des douleurs lombaires et dans la jambe gauche, augmentant dans le temps en cas de marche, en une perte progressive de la force musculaire dans la jambe ainsi qu'en un steppage s'aggravant progressivement à la marche. Dans un questionnaire AI rempli le 8 mai 2020, la doctoresse B_____ retenait la même incapacité de travail, mais les limitations fonctionnelles consistaient en une impossibilité de rester debout plus de 5 minutes, de se pencher en avant et de porter des charges; le diagnostic incapacitant était toujours une parésie des releveurs du pied et des orteils du pied gauche, sans la mention toutefois de la radiculopathie mais avec celle d'une lombosciatalgie, à laquelle s'ajoutait, sans incidence sur la capacité de travail, un syndrome dépressif réactionnel; il y avait une stabilité, voire une aggravation des douleurs de type névralgiques, inchangées depuis le dernier questionnaire AI rempli en 2019.

Dans un rapport du 12 février 2020, Madame E_____, ergothérapeute et rééducatrice sensitive de la douleur certifiée, émettait des propositions relativement à la jambe et au pied gauches de l'intéressée.

Figurent par ailleurs au dossier, en particulier, des rapports du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, notamment sous la signature du docteur F_____, médecin adjoint et responsable de la chirurgie de la

colonne vertébrale, des 9 novembre et 11 décembre 2018, 28 janvier, 9 juillet et 23 octobre 2019, de même que des rapports de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG des 29 octobre 2019 et 20 janvier 2020. Etaient diagnostiqués dans les trois premiers rapports du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur une scoliose dégénérative, une discopathie sévère L3-L4, une discopathie L4-L5, une anomalie transitionnelle type Castellvi 1B et un canal étroit multifactoriel, dans le dernier rapport une névralgie fémoropoplitée intermittente du nerf péroné (recte: péronier) profond gauche avec allodynie mécanique (stade III de lésion axonale) et des arthropathies sacro-iliaques bilatérales. Le second rapport de la consultation ambulatoire de la douleur posait quant à lui les diagnostics de lombosciatalgies droites atypiques sans déficit neurologique ainsi que de douleurs neurogènes de la jambe gauche sur radiculopathie L5 ne répondant pas à une décompression chirurgicale. Lors d'un séjour au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG du 7 au 17 octobre 2018, l'assurée avait fait l'objet le 8 octobre 2018 d'une opération chirurgicale au niveau du dos; le 18 avril 2019, elle a été opérée à nouveau au dos. Selon les rapports de la consultation ambulatoire de la douleur, à la suite de la première opération, il y a eu une persistance des douleurs de la face postéro-latérale de la jambe gauche irradiant jusqu'aux orteils, qui évoluaient depuis cette opération, avec des douleurs neurogènes, notamment avec des décharges électriques et des brûlures accompagnées par une allodynie et une hypoesthésie, ce à quoi s'ajoutaient des céphalées fronto-temporales apparaissant en cas de fortes douleurs des membres inférieurs; depuis la seconde opération, les lombalgies en barre s'étaient péjorées, les douleurs devenant à l'effort irradiantes dans le membre inférieur droit jusqu'au genou; l'intensité des douleurs étaient évaluées de 6 à 9 sur 10 en fonction des moments; les traitements contre les douleurs consistaient en un antalgique, ainsi qu'en des séances de physiothérapie (une fois par semaine), de l'ergothérapie et un neurostimulateur électrique transcutané (TENS) depuis novembre 2019, à poser sur les lombaires pendant 20 minutes trois fois par jour; au plan de l'activité physique, la patiente effectuait toujours 30 minutes de marche par jour. Dans un rapport du 12 juillet 2020, le docteur G_____, de la consultation antalgique (élective) des HUG, décrivait les tentatives et propositions de traitement faites depuis le 12 décembre 2019.

En outre, le 1er mai 2019, le docteur H_____, neurologue FMH – qui avait établi des rapports les 21 septembre 2018 et 1er février 2019 –, constatant l'apparition post intervention d'une radiculopathie L5 gauche évolutive sévère entraînant une parésie de l'ensemble de la musculature du myotome avec impact fonctionnel sous forme de pied tombant avec steppage à la marche, estimait la capacité de travail de l'intéressée à 80% au 30 janvier 2019 (dernière fois qu'il l'avait vue) au vu du steppage et pied tombant entraînant une limitation dans sa vitesse de marche et vraisemblablement dans sa résistance à l'effort, et à 100% dès le 1er mai 2019 dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Enfin, selon un rapport du 19 juin 2020 du docteur I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et psychiatre traitant, la patiente souffrait d'une dysthymie à début tardif (CIM-10, F34.1) qui permettait seulement une capacité de travail de 50% dans une activité depuis le 11 novembre 2019, les limitations fonctionnelles étant la fatigabilité, le manque d'énergie et le découragement; un traitement médicamenteux antidépresseur avait été introduit à compter du 11 novembre 2019 aussi.

c. À la demande du 27 juillet 2020 du service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) qui relevait des contradictions dans le dossier médical, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été confiée le 28 janvier 2021 par l'OAI au Bureau d'expertises médicales à Montreux (ci-après: BEM), plus précisément au docteur J_____, rhumatologue FMH, et à la doctoresse K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH et experte médicale SIM, qui, à la suite d'un examen – clinique – somatique de 1h20 et psychiatrique de 1h35 ainsi que d'une IRM lombaire le 29 avril 2021 suivie d'un rapport du lendemain du docteur L_____, radiologue FMH, ont rendu leur rapport d'expertise le 10 mai 2021, avec les parties "évaluation consensuelle", "expertise rhumatologique" et "expertise psychiatrique".

Selon les experts, au plan somatique, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle (femme de ménage) depuis juillet 2018 mais entière (8h30 par jour au maximum) dans une activité adaptée dès septembre 2019, soit quatre (recte: cinq) mois après la dernière intervention d'avril 2019 (à partir desquels la capacité de travail aurait pu évoluer favorablement), le diagnostic incapacitant consistant en des lombalgies persistantes sur discopathies, troubles qualifiés de légers à moyens, et les limitations fonctionnelles consistant à éviter de porter des charges de plus de 5-10 kg loin du corps, de surcharger le rachis avec des mouvements de torsions du tronc et flexion/extension, de travailler les bras en l'air en raison de l'atteinte de l'épaule, de se mettre à genoux, de monter et descendre des échafaudages et des échelles et d'alterner les différentes positions (p. 16 à 19, ainsi que 35 et 36). Au plan psychiatrique, était diagnostiquée une dysthymie (F34.1) depuis 2018 et retenue une absence de toute incapacité de travail (y compris dans l'activité habituelle), même si l'irritabilité et les baisses de thymie pouvaient diminuer le rendement ponctuellement; les "limitations psychiatriques" étaient: "des contacts personnels confrontants ou multiples et un environnement de travail stressant peuvent diminuer les performances et sont liés à sa structure de personnalité émotionnellement vulnérable. Sensibilité à la critique" (p. 16 à 19, ainsi que 47 et 48).

C. **a.** Le 14 mai 2021, le SMR a fait siennes les conclusions de ce rapport d'expertise, la capacité de travail étant nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage dès le 9 juillet 2018 et entière dans une activité adaptée à partir du 16 avril 2019, les limitations fonctionnelles consistant en l'épargne du dos, à savoir pas de station debout ni de marche prolongée, pas de position penchée en

avant ou en porte-à-faux, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvement de rotation ou de flexion-extension répété du tronc.

b. Par projet de décision du 17 mai 2021, l'office a envisagé de rejeter la demande AI. En effet, la perte de gain s'élevait à 6% à la suite d'une comparaison des revenus sans invalidité (sur la base du salaire auprès de l'employeur en 2017) et avec invalidité (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], niveau 1 [tâches physiques et manuelles simples] et avec un abattement de 15%) – comme calculé par la division gestion de l'OAI dans un document du 14 mai 2021 –, ce qui était inférieur au taux minimal d'invalidité de 40% requis pour l'octroi d'une rente; des mesures professionnelles n'étaient quant à elles pas nécessaires.

c. De nouveaux rapports médicaux sont ensuite parvenus à l'OAI, à savoir un rapport du 4 juin 2021 de la Dresse B_____ contresigné par l'assurée et contestant ledit projet de décision, un rapport du 26 mai 2021 du docteur M_____, spécialiste FMH en anesthésiologie et douleur et médecin-chef de la clinique de la douleur à l'Hôpital de La Tour, un "rapport intermédiaire de rééducation sensitive" du 13 novembre 2020 de l'ergothérapeute N_____, un "rapport d'évaluation sensitive" du 11 octobre 2019 de l'ergothérapeute E_____, ainsi qu'une lettre de sortie du 2 mai 2019 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG à la suite de l'intervention chirurgicale du 16 avril 2019 (avec séjour jusqu'au 18 avril suivant).

d. Dans un avis du 18 juin 2021, le SMR a maintenu son appréciation du 14 mai 2021, précisant toutefois que le début de l'aptitude à la réadaptation ne commençait pas le 16 avril 2019 mais seulement le 16 septembre 2019, soit cinq mois après la dernière opération lombaire.

e. Par décision du 14 octobre 2021, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière ordinaire simple pour la période du 1er août 2019, soit un an (délai d'attente) après le début de l'incapacité de travail durable et six mois après le dépôt de la demande AI, jusqu'au 30 novembre 2019, soit trois mois après la fin de l'incapacité de travail durable – le 16 septembre 2019 –. Pour la période commençant le 1er décembre 2019, l'office a maintenu les termes de son projet de décision.

D. **a.** Par acte posté le 12 novembre 2021 et très peu motivé, l'assurée, désormais représentée par une avocate, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre ladite décision de l'OAI, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps, dès le 1er juillet 2019.

b. Le 19 janvier 2022, elle a complété son recours, en contestant la valeur probante de l'expertise du BEM, en sollicitant l'audition de témoins et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique, un volet neurologique et un volet rhumatologique, et persistant au fond dans les conclusions de son recours.

Dans un rapport du 26 novembre 2021, la Dresse B_____ relevait l'absence de solution thérapeutique pleinement satisfaisante, malgré notamment la prise en charge momentanée de la patiente par la consultation ambulatoire de la douleur des HUG.

À teneur d'un rapport du 28 octobre 2021 du Dr I_____, au plan psychique, la situation était stationnaire; certes habituellement, une dysthymie à début tardif n'impliquait pas d'incapacité de travail, mais, dans la constellation des problèmes globaux dont souffrait l'intéressée et compte tenu de ses souffrances psychiques, l'incapacité de travail était bel et bien de 50% au plan psychique.

c. Dans sa réponse du 22 février 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et a joint un avis du 31 janvier 2022 du SMR qui considérait que ces derniers rapports de la médecin généraliste traitante et du psychiatre traitant ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions des experts, qui demeuraient valables.

d. Dans sa réplique du 16 mai 2022, la recourante a complété ses critiques à l'encontre des constatations, appréciations et conclusions des experts et a relevé que le Dr J_____ n'était pas expert SIM, sollicitant par ailleurs, dans l'hypothèse où une expertise judiciaire n'était pas ordonnée, que le BEM, voire aussi les Drs J_____ et K_____, soient interpelés au sujet du nombre de leurs expertises, leurs résultats en termes d'incapacité de travail retenue ou non, ainsi que leurs chiffres d'affaires respectifs.

e. Une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes s'est tenue le 15 novembre 2022 devant la chambre de céans.

La recourante a déclaré notamment que l'expert rhumatologue l'avait forcée à faire des mouvements alors qu'elle lui avait dit que cela lui faisait trop mal. D'une manière générale, elle n'arrivait pas à rester debout et assise au-delà de 10 minutes et elle devait alors changer de position.

Entendue à titre de renseignement, Madame O_____, née en 1990 et fille de la recourante, a décrit l'aide qu'elle apportait à sa mère ainsi que l'état de santé de cette dernière et les activités que celle-ci pouvait encore effectuer.

Auditionnée en qualité de témoin, la Dresse B_____ a posé les diagnostics de lombosciatalgie gauche, de parésie du nerf péronier gauche séquellaire à une opération et de syndrome dépressif réactionnel, selon elle de modéré à sévère. Les deux problèmes principaux étaient les douleurs au bas du dos et à la jambe gauche ainsi que la difficulté à relever le pied gauche en raison de la parésie (paralysie partielle) du nerf susmentionné. Selon la médecin généraliste traitante, le premier effet était l'incapacité de la patiente à rester dans la même position (assis, debout ou couchée) au-delà de 15 minutes les bons jours et 5 minutes les mauvais jours; il y avait aussi l'impossibilité d'effectuer des tâches quotidiennes d'une personne vivant seule telles que faire le ménage, la cuisine, les courses, ce à cause des douleurs et la fatigabilité à l'effort. Ses douleurs pouvaient aller jusqu'à 8 ou 9/10; il était toutefois très difficile de les décrire de manière globale car il y avait des

différences; au bas du dos la douleur était profonde là où il y avait eu l'opération du rachis; autour du neurostimulateur, il y avait une extrême sensibilité de la peau qui pouvait même la gêner à porter un vêtement; la douleur du dos irradiait parfois le long du nerf sciatique et il y avait parfois la douleur en lien avec le nerf de la jambe (péronier) qui créait une douleur aussi au pied et la difficulté à le mobiliser. L'assurée avait toujours une douleur quelque part et l'intensité des douleurs variait en fonction des moments et des activités. De l'avis de la Dresse B_____, la patiente ne pouvait pas faire ses tâches ménagères seule, d'après ce que celle-ci lui racontait. Au plan ménager, elle pouvait faire un tout petit peu de lessive en s'asseyant tout près de la machine, éventuellement préparer un repas très simple pour elle-même, faire quelques petites activités de ménage, mais elle s'arrêtait vite (après 15 minutes) à cause de la douleur, à la suite de quoi elle devait s'allonger. La médecin généraliste traitante estimait la capacité de travail de l'intéressée à 0% dans son activité habituelle; elle ne voyait pas quelle activité professionnelle quelconque elle pourrait exercer, dans la mesure où elle devait tout le temps changer de position et ne pouvait ni porter de charges, ni se pencher ou faire des mouvements; si une telle activité existait, elle ne pourrait à son avis, la suite d'une augmentation progressive du taux d'activité, pas dépasser les 40% (tenant compte aussi des affections psychiques) de capacité de travail. Avant ces problèmes, la recourante, qu'elle suivait depuis 10 ans, était une personne très volontaire qui aimait travailler et qui refusait généralement les arrêts de travail que la Dresse B_____ lui avait proposés lorsqu'elle avait eu des problèmes d'épaule ou d'anciens problèmes lombaires. Il n'y avait pas de majoration des symptômes, mais une diminution du seuil de tolérance à des douleurs élevées; le fait que la patiente avait des douleurs permanentes depuis plusieurs années l'avait conduite à développer un syndrome dépressif réactionnel qui faisait que les douleurs devenaient encore plus insupportables et la rendait agressive. La compliance aux traitement était bonne. D'après ce que la médecin généraliste traitante constatait elle-même, l'origine des douleurs était plutôt neurologique, plutôt que mécanique; au plan neurologique, la patiente faisait l'objet d'évaluations régulières par le Dr H_____, la dernière ayant eu lieu en septembre 2020 (avant la prise en charge par le Dr M_____).

Entendu en tant que témoin, le Dr M_____ a déclaré suivre la recourante depuis fin 2020, étant donné qu'elle conservait des douleurs lombaires et dans la jambe gauche après deux interventions chirurgicales effectuées par le Dr F_____ des HUG. Il était fréquent qu'il voie des patients qui conservaient des douleurs après une opération du rachis car il était difficile d'avoir de bons résultats avec ce genre de chirurgie. L'assurée avait une lésion qui avait été objectivée sur ENMG en L5 gauche. Le Dr M_____ avait rapidement proposé une neurostimulation médullaire à titre palliatif, opération qui se faisait en deux étapes, la première avec un test; ce dernier ayant été positif à la suite d'une première opération en janvier 2021, son service et lui-même avaient définitivement implanté le neurostimulateur en février 2021. Depuis cette époque-là, il suivait l'assurée à intervalle régulier

(par exemple tous les trois mois); le dernier contrôle avait eu lieu en septembre 2022, lors duquel la patiente avait mentionné une amélioration globale d'environ 50% des symptômes. Le témoin pensait que cette amélioration datait déjà depuis l'implantation définitive du neurostimulateur en février 2021. C'était à peu près ce pourcentage d'amélioration qui était fréquent avec ce type de traitement. L'origine des douleurs de la patiente était probablement neurologique, que ce soit suite aux opérations chirurgicales ou préexistante. Malgré le neurostimulateur, l'intéressée gardait des limitations fonctionnelles à la marche, avec un périmètre de marche limité, dans le port de charges, dans les activités physiques, les positions statiques prolongées assise ou debout et des perturbations du sommeil. Ses douleurs étaient crédibles. Il était très difficile au témoin de se prononcer sur sa capacité de travail et sur l'ampleur des limitations fonctionnelles car il ne voyait l'assurée que pendant 30 minutes environ, ce qui était notamment insuffisant pour savoir comment se passait les autres heures de sa journée et si entre autres elle était fatiguée. Le fait que le neurostimulateur avait réduit globalement les douleurs à 50% n'avait néanmoins pas d'impact sur les effets de la lésion L5 sur le pied gauche; à cela se surajoutait des douleurs sur la colonne vertébrale, car celle-ci avait été fixée par opération chirurgicale et ceci était souvent source de douleurs mécaniques car la colonne n'était pas faite pour être fixée mais pour bouger. Le Dr M_____ entendait douleurs mécaniques par opposition à douleurs neuropathiques; la patiente avait des douleurs neuropathiques seulement pour les irradiations dans la jambe gauche et une partie des douleurs lombaires étaient neuropathiques avec des douleurs mécaniques surajoutées (mixtes). L'atteinte à la racine L5 de la patiente était la cause du steppage au pied gauche, en ce sens qu'elle avait une faiblesse du releveur du pied, ce qui l'obligeait à marcher en faisant des grands mouvements latéraux; ce problème du releveur (muscle) occasionnait aussi un manque de force au pied gauche. Les souffrances psychiques telles que la dépression étaient une conséquence de ces douleurs; il était normal et compréhensible qu'avec de telles douleurs chroniques la patiente soit touchée dans son humeur, son moral, ainsi que sa vie familiale et sociale; c'était un cercle vicieux, les souffrances psychologiques pouvant amplifier le ressenti des douleurs. Le pronostic pour la recourante était difficile; après trois ans de chronicité, les chances de récupérations étaient plutôt faibles; sa situation et son pronostic étaient plutôt stables.

Durant l'audience qui a commencé à 8h45, la recourante a demandé à 9h30 de se lever à cause de ses douleurs dans le dos. Puis, après 5 à 7 minutes, à la demande de son avocate, avec l'accord de la présidence, elle s'est couchée sur des chaises dans la salle d'attente, durant l'audition de sa fille. Elle est revenue à 10h30, en même temps que le Dr M_____. Lors de l'audition de ce dernier, elle est restée assise jusqu'à environ 11h05, heure à partir de laquelle elle s'est mise debout. Ensuite, elle s'est levée vers 11h25-30, puis, à sa demande, elle est allée se coucher dans la salle d'attente à 11h35, avant de revenir à 12h17, vers la fin de l'audience.

f. Dans des observations du 15 décembre 2022 après enquêtes, la recourante a persisté dans ses conclusions, sollicitant en particulier la mise sur pied d'une expertise judiciaire auprès d'un neurologue et d'un psychiatre, si possible disposant de la certification SIM, des noms étant évoqués.

g. Par pli du 20 avril 2023, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire bidisciplinaire et de la confier à une ou un neurologue et une ou un rhumatologue, avec collaboration entre eux, leur a proposé le docteur P_____, neurochirurgien FMH et chirurgien du rachis - ou colonne vertébrale -, et la doctoresse Q_____, rhumatologue FMH auprès d'un hôpital privé et experte SIM. Elle a également annexé un projet de mission d'expertise et a imparti un délai aux parties pour se prononcer sur une éventuelle récusation et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

h. Par écriture du 11 mai 2023, à laquelle était jointe un avis du SMR du même jour, l'intimé s'est opposé au principe de mise en œuvre d'une expertise judiciaire, mais indiqué ne pas avoir de motifs de récusation des experts proposés ni de questions complémentaires.

i. Le 12 mai 2023, la recourante a fait savoir ne pas avoir de motifs de récusation des experts proposés ni de questions complémentaires à faire figurer dans la mission d'expertise.

EN DROIT

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 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.

2. Le présent litige porte sur la question de la continuation ou non du droit de la recourante à une rente d'invalidité, voire à des mesures professionnelles, à compter du 1er décembre 2019.

Il est rappelé que, 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 – en l'occurrence le 14 octobre 2021 – 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).

3. 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 reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4.

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

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA43) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

4.2 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI 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 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 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'article 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4.3

4.3.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4.3.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de

travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global - procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini -, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

4.3.3 Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie " Degré de gravité fonctionnel " (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

  A. Complexe " Atteinte à la santé " (consid. 4.3.1)

  Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe " Personnalité " (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. Complexe " Contexte social " (consid. 4.3.3)

- Catégorie " Cohérence " (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie " degré de gravité fonctionnel " forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

4.3.4 Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins – dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, avec des indicateurs – conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et 6.3 et les références).

Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

4.4

4.4.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour

apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

4.4.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

4.4.3 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

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).

4.4.4 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4.4.5 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble

des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

4.5 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).

4.6 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).

5.

5.1 En l'espèce, la recourante émet plusieurs reproches contre le rapport d'expertise des Drs J_____ et K_____, qui lui reconnaît une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de septembre 2019.

5.1.1 Dans le rapport d'expertise, le Dr J_____ ne mentionne aucun problème particulier au rachis ainsi qu'aux membres supérieurs et inférieurs, y compris aux tests, rotations et mouvements. Il conclut : "L'examen rhumatologique dans son ensemble ne retrouve rien de particulier. Pas de radiculalgie ou de déficit distal ou proximal. La marche se fait de façon aisée et fluide, l'assurée traîne volontairement son pied (NDR: gauche), alors que l'épreuve talon/pointe des pieds se fait sans difficulté. Et on ne retrouve pas de steppage. Le réflexe achilléen est faible à gauche et normal à droite. Les rotuliens sont conservés. Le Flapping test est négatif (l'assurée arrive à s'asseoir spontanément à 90° sans difficulté). Le Lasègue est supérieur à 90° des deux côtés" (p. 27-29). L'expert J_____ note, sous "observation de l'assurée durant l'examen" : "L'assurée est restée assise pendant 50 minutes lors de l'interrogatoire. Elle s'est levée à une reprise attestant de douleurs lombaires, contrastant avec un examen somatique strictement normal"; ensuite, sous "autonomie observée de déplacement": "Elle a été assez autonome dans ses déplacements de façon et fluide. Lorsqu'on ne la regarde pas, elle marche normalement, sinon elle traîne le pied gauche"; sous "autonomie dans les gestes du déshabillage, de l'habillage, des soins corporels": "Elle s'est déshabillée et habillée de façon tout à fait satisfaisante, sans respecter de façon scrupuleuse les gestes d'épargne du rachis"; sous "attitude durant l'expertise" : "Attitude adéquate"; sous "autolimitations": "Parasitage discret, notamment lors de la marche" (p. 30). D'après l'expert rhumatologue, sous "évaluation de la cohérence et de la plausibilité", "il existe manifestement une incohérence entre les plaintes de l'assurée, attestant de douleurs inconcevables et invalidantes de son dos, alors qu'à l'examen somatique elle touche par terre avec les mains, et les amplitudes sont normales. Le Lasègue est à plus de 90°, l'assurée s'assied à 90° de façon spontanée, il n'y a pas de steppage à la marche et l'épreuve talon/point des pieds se fait sans difficulté" (p. 34). Puis : "L'assurée attestait de douleurs. Elle s'est levée une fois pendant l'interrogatoire de 50 minutes contrastant avec l'examen somatique du jour et le contrôle IRM lombaire cf. rapport" (p. 35). Sous "appréciation des capacités, des ressources et des difficultés": "Du point de vue rhumatologique, il n'y a aucune limitation" (p. 35).

Dans son recours, la recourante reproche tout d'abord à l'expert rhumatologue de l'avoir beaucoup brusquée. En effet, lors de la mesure d'amplitude, celui-ci aurait exigé qu'elle réussisse les mouvements demandés, notamment toucher le sol ("par terre") avec les mains, indépendamment de la douleur provoquée. À cela s'ajoute que l'assurée allègue avoir des douleurs en permanence, que ce soit en position assise ou couchée, et ne pas avoir osé demander, lors des entretiens avec les experts, si elle pouvait se coucher pour alléger ses douleurs. Selon ses déclarations en audience, l'expert rhumatologue l'a forcée à faire des mouvements alors qu'elle

lui avait dit que cela lui faisait trop mal; le fait qu'il lui a imposé d'effectuer beaucoup de mouvements l'a beaucoup fatiguée; ensuite, il lui a demandé de se coucher et de remonter la jambe vers elle-même, mais elle a perdu la force et sa jambe est tombée sur le côté; mais il l'a forcée à continuer et elle a fini l'exercice mais avec trop de douleurs, ce qu'elle lui a dit avec des pleurs en plus de lui dire que ce qu'il exigeait d'elle n'était pas correct; l'expert rhumatologue lui a alors dit que mal ou pas mal, elle devait faire l'exercice; durant l'expertise, il y avait une interprète et également pour le volet psychiatrique.

Force est ainsi de constater que, relativement aux éventuelles douleurs de l'assurée lors de l'examen clinique dont celle-ci aurait fait part à l'expert J_____, les constatations de ce dernier et les allégations de celle-là sont incompatibles entre elles, en particulier concernant le fait d'aller sans douleurs jusqu'au bout des mouvements exigés par l'expert rhumatologue et de rester assise pendant 50 minutes lors de l'entretien avec lui, alors que, selon ses déclarations en audience, elle n'arrive pas à rester debout et assise au-delà de 10 minutes et doit alors changer de position. Or, si cet expert relève que l'expertisée se plaignait de douleurs lors de l'examen clinique, qu'il ne considère pas comme plausibles, il ne mentionne néanmoins pas une exagération ou majoration des douleurs par l'intéressée si ce n'est uniquement qu'elle traînait le pied gauche, mais indique que l'attitude de cette dernière était adéquate.

Au surplus, l'expert rhumatologue ayant répondu à la question de savoir si "la capacité de travail [peut]encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales" qu'"il faudra insister sur l'apprentissage et l'application des gestes d'épargne du rachis, la musculation, le gainage abdominal et le port d'une ceinture lombaire éventuellement en cas de crise douloureuse" (p. 36), la recourante allègue dans son recours qu'elle ne peut pas porter une telle ceinture, la zone dans laquelle se trouve le neurostimulateur étant extrêmement sensible.

5.1.2 Par ailleurs, l'expert J_____ décrit ainsi le "déroulement détaillé et représentatif d'une journée type" : "Horaire du lever: entre 8h00 et 8h30. Repas: 9h00, 12h30-13h00 et 19h00. Horaire du coucher: entre 23h30 et minuit. – Activités exercées durant la journée: "Je me lève le matin. Je prends mes médicaments. Je prends ma douche. Je prépare mon petit-déjeuner. Je fais un peu de rangement. Je fais une machine, je plie le linge et je prépare le repas de midi. L'après-midi, je me repose parce que je suis fatiguée. Je fais une sieste d'une heure trente. Après, je sors marcher avec mon copain pendant 30 minutes à une heure au maximum. Je rentre et je me repose à nouveau. Je fais un peu de lecture, je regarde un peu la télé. Je confectionne le repas du soir. Je me rends à mes rendez-vous médicaux, de physiothérapie à 10h30 tous les lundis"". Sous "Organisation des loisirs, hobbies": "Néant" (p. 25).

L'experte K_____, dans la partie psychiatrique du rapport d'expertise, décrit de manière plus précise que l'expert rhumatologue les tâches ménagères que l'expertisée effectue, mentionnant notamment que celle-ci ne passe plus

l'aspirateur mais préfère balayer, fait le ménage à son rythme, demande de l'aide à son compagnon pour porter les commissions, peut cuisiner, faire la vaisselle et gère ses affaires administratives (p. 37), a un long temps d'endormissement et ne fait en général pas de sieste (p. 39). Le "déroulement détaillé et représentatif d'une journée type" décrit par l'experte psychiatre (p. 41) présente sur plusieurs points des similitudes avec celui établi par l'expert rhumatologue.

Dans son recours, l'intéressée précise qu'elle ne fait pas de sieste et a des difficultés à dormir la nuit; elle ne peut pas effectuer ses tâches ménagères et, si elle parvient à lancer une machine à laver le matin, elle ne parvient à faire aucune tâche ménagère durant le reste de la journée; les nettoyages sont effectués par sa fille et son compagnon, étant précisé que ce dernier a quitté la Suisse en mai 2022 et que depuis lors l'intéressée vit dans l'appartement de sa fille; elle peut mettre un plat au four pour le réchauffer, et, si elle se sent suffisamment en forme, elle peut par exemple faire une soupe qu'elle-même et son compagnon mangent durant plusieurs jours; c'est son compagnon qui fait les courses, elle-même pouvant uniquement aller chercher une miche de pain au magasin situé en face de son domicile. Selon ses déclarations en audience, la recourante n'arrive pas à faire quoi que ce soit à cause de ses douleurs dans le dos et dans la jambe gauche, notamment pas des tâches ménagères sauf enlever la poussière avec un plumeau; si elle se baisse pour mettre la machine à laver en route, elle a trop mal au dos, ce qui lui donne des nausées (car la douleur monte et elle a des problèmes d'estomac) et l'oblige à se coucher; après les nausées, elle a beaucoup de fatigue et des maux de tête; elle a mal au dos quand elle est assise et qu'elle est baissée et elle a mal à la jambe gauche lorsqu'elle marche. Après 100 mètres de marche, sa jambe est trop lourde et elle n'arrive plus à avancer et son dos lui fait mal aussi, de sorte qu'elle utilise des bâtons qui lui permettent d'aller plus loin que 100 mètres, marchant au maximum 30 minutes mais doucement, après quoi elle est fatiguée et doit se reposer. Son avocate lui ayant lu la page 25 du rapport d'expertise sous "déroulement détaillé et représentatif d'une journée type", elle répond "que cela dépend des jours. Les jours où cela va mieux, je n'arrive pas à faire tout ce qui est indiqué : j'arrive seulement à préparer des repas légers pour moi-même; je ne peux par exemple pas porter une casserole car c'est trop lourd; depuis que je vis avec ma fille, je ne fais plus du tout les repas même pas pour moi-même. Je lis un peu de temps en temps mais pas tous les jours; je regarde la télé tous les jours, et j'écoute la musique tous les jours aussi car cela m'aide beaucoup. Il n'y a pas de jour où je vais bien et où je peux faire ce que je veux. Je vais un peu mieux lorsque je ne fais rien du tout, c'est-à-dire que je suis couchée. Ma douleur est toujours au minimum de 4 ou 5/10, alors qu'avant l'appareil médullaire qui a été posé en janvier 2021, c'était plus de 10/10, trop fort, comme après une opération".

Entendue en audience à titre de renseignement, la fille de l'assurée confirme dans les grandes lignes les explications de sa mère qui précèdent, et elle précise s'occuper seule des affaires administratives de celle-ci comme depuis toujours au

vu de ses difficultés en français. Elle confirme également l'assertion dans le recours de sa mère selon laquelle celle-ci ne peut s'occuper de ses petits-enfants que de manière très limitée, avec la présence presque constante de sa fille.

En définitive, les descriptions par la recourante et sa fille montrent des activités journalières de celle-là beaucoup plus limitées que telles qu'elles sont décrites dans le rapport d'expertise, surtout lorsque l'intéressée se trouve dans "un mauvais jour". À teneur du recours, le "grand nombre d'inexactitude de faits" dans le rapport d'expertise proviendrait du fait que les experts auraient "trop souvent extrapolé des informations fournies par la recourante pour décrire un quotidien fluide et normal". Ces divergences permettent à ce stade difficilement de connaître clairement quelles activités quotidiennes l'assurée est en mesure d'effectuer, dans quelle mesure et pour quelle durée, étant en outre précisé qu'aucune exagération de la part de la recourante ne paraît en l'état établie.

5.1.3 Sous le point "neurologie", l'expert J_____ note ce qui suit: "Pas de syndrome pyramidal et extrapyramidal. Pas de Babinski. Les réflexes sont présents et symétriques, hormis une faiblesse de l'achilléen à gauche. Tous les autres sont conservés et symétriques au niveau des membres inférieurs et supérieurs, Le Flapping test est négatif. Pas de signe de Lasègue. Pas de signe de Léri. Pas de trouble déficitaire distal ou proximal. Pas de steppage. Pas de trouble sphinctérien. Pas d'anesthésie en selle. L'épreuve talon/pointe des pieds se fait sans difficulté. Les paires crâniennes sont normales. La marche se fait sans boiterie. Le Flapping test est négatif. Pas de trouble déficitaire distal ou proximal. Pas de nystagmus. Pas d'ataxie. – En conclusion, l'examen neurologique est normal" (p. 29 et 30).

Dans son recours, l'assurée regrette l'absence d'un véritable volet neurologique ou neurochirurgical dans l'expertise, ce alors que son problème principal n'est selon elle pas tant un problème de mobilité de ses membres mais des douleurs liées aux atteintes aux nerfs.

Cela étant, au plan neurologique, le rapport d'expertise est très succinct, avec des constations n'émanant pas d'un spécialiste en neurologie, et paraît être contredit sur certains points importants par les rapports du spécialiste qu'est le Dr H_____, qui constate l'apparition post intervention d'une radiculopathie L5 gauche évolutive sévère entraînant une parésie de l'ensemble de la musculature du myotome avec impact fonctionnel sous forme de pied tombant avec steppage à la marche. De surcroît, entendu comme témoin, le Dr M_____ indique que, malgré le neurostimulateur, l'intéressée garde des limitations fonctionnelles à la marche, avec un périmètre de marche limité, dans le port de charges, dans les activités physiques, les positions statiques prolongées assise ou debout et des perturbations du sommeil; ses douleurs sont crédibles; il est très difficile à ce témoin de se prononcer sur sa capacité de travail et sur l'ampleur des limitations fonctionnelles car il ne voit l'assurée que pendant 30 minutes environ, ce qui est notamment insuffisant pour savoir comment se passent les autres heures de sa journée et si

entre autres elle est fatiguée; le fait que le neurostimulateur a réduit globalement les douleurs à 50% n'a néanmoins pas d'impact sur les effets de la lésion L5 sur le pied gauche; à cela se surajoute des douleurs sur la colonne vertébrale, car celle-ci avait été fixée par opération chirurgicale et ceci est souvent source de douleurs mécaniques car la colonne n'est pas faite pour être fixée mais pour bouger.

Ainsi, la présence du neurostimulateur médullaire semble montrer une composante d'ordre neurologique qui pourrait avoir prima facie été sous-estimée par l'expert rhumatologue. En outre, en tant qu'il dénie l'existence d'un steppage – anomalie de la marche due à une atteinte nerveuse –, l'expert J_____ s'écarte de manière prima facie insuffisamment circonstanciée et convaincante des constatations des spécialistes que sont les Drs H_____ et M_____. À cet égard, ce dernier, voyant l'intéressée marcher à l'audience à la demande de la présidence, déclare que les mouvements latéraux légers qu'elle fait avec son pied gauche sont caractéristiques d'un steppage et correspondent à ce qu'il constate en consultation. L'existence d'un steppage est également confirmée par la médecin généraliste traitante, qui, lors de l'audience, relève que lorsqu'elle entend la patiente marcher dans une autre pièce de son cabinet que là où elle est elle-même sans que celle-là sache que ladite médecin y prête attention, l'assurée a une démarche caractéristique de la parésie du nerf (le pied tombant et qui frappe fort le sol).

5.1.4 Au plan psychique, d'éventuelles critiques contre le rapport d'expertise ne ressortent pas clairement des écritures et déclarations en audience de la recourante.

L'experte K_____, comme motivation du diagnostic de dysthymie depuis 2018 (F34.1), énonce notamment : "Un abaissement fluctuant de l'humeur est signalé depuis sa première intervention lombaire en 2018, associé à des idées d'incapacité avec des troubles de la concentration et du sommeil et une fatigue continue. Un diagnostic de dysthymie peut rendre compte d'une telle symptomatologie, se situant au seuil d'une dépression légère. Cette évolution dysthymique paraît liée essentiellement à des douleurs lombaires chroniques qu'elle décrit comme incapacitantes, contrastant toutefois avec ses activités journalières décrites et la nécessité d'aide ponctuelle de tiers pour les tâches lourdes" (p. 44).

Selon le rapport du 28 octobre 2021 du Dr I_____, au plan psychique, la situation est stationnaire; certes, d'après ce psychiatre, habituellement, une dysthymie à début tardif n'implique pas d'incapacité de travail, mais, dans la constellation des problèmes globaux dont souffre l'intéressée et compte tenu de ses souffrances psychiques, l'incapacité de travail est bel et bien de 50% au plan psychique. Cette appréciation ne semble toutefois pas contester de manière ferme celle de l'experte psychiatre quant à la capacité de travail et paraît faire ressortir un lien particulier entre les problèmes physiques (les douleurs) de la patiente et la composante psychique.

5.2 Au regard de ce qui précède, s'il paraît à tout le moins prématuré de nier toute valeur probante au rapport d'expertise des Drs J_____ et K_____, qui répond, sur le plan formel, au moins à une partie des exigences posées par la jurisprudence relativement à la valeur probante d'une expertise, les explications de la recourante et de sa fille ainsi que plusieurs avis de médecins conduisent néanmoins à douter de certaines constatations, appréciations et conclusions des experts, surtout rhumatologue.

Ces doutes concernent essentiellement, premièrement, la question de l'existence ou non de douleurs de l'intéressée dans le dos et la jambe gauche, deuxièmement, ses activités et tâches quotidiennes qu'elle effectue réellement et qu'elle est encore capable d'accomplir (au regard de ses éventuelles douleurs), troisièmement l'analyse au plan neurologique de l'état de santé et de ses conséquences.

5.3 En conséquence, une expertise judiciaire portant sur les plans rhumatologique et neurologique doit être ordonnée, avec les questions qui suivent, et sera confiée aux Drs P_____ et Q_____ qui établiront un rapport détaillé commun, le cas échéant deux rapports d'expertises séparés accompagnés d'une évaluation consensuelle.

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

Ordonne une expertise de Madame A_____. Commet à ces fins le docteur P_____, spécialiste FMH en neurologie, Clinique du dos et cerveau, chemin de Beau-Soleil 22, 1206 Genève, et la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, Hôpital La Tour, avenue J.-D. Maillard 3, 1217 Meyrin. 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, notamment les docteurs B_____, H_____ et M_____, voire aussi les médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et de la consultation ambulatoire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et le docteur I_____.

C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens, éventuellement si besoin auprès d'autres spécialistes.

D. Charge les Drs P_____ et Q_____ d'établir un rapport détaillé commun, le cas échéant deux rapports d'expertises séparés accompagnés d'une évaluation consensuelle, 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 Les plaintes sont-elles objectivées ?

4.6 De quelle nature sont les douleurs dont se plaint l'expertisée ? Y en-t-il de plusieurs de type, et sur quelles parties du corps ?

4.6.1 De quelle intensité (sur une échelle allant jusqu'à 10) pour chaque type ?

4.6.2 Quelles sont leurs causes et ces dernières sont-elles objectivables ?

4.6.3 Les effets de ces douleurs sont-ils objectivés et quelles sont les relations de ces douleurs avec l'ensemble des problématiques médicales de l'assurée, y compris aux plans de l'humeur et du comportement (plan psychique) ?

4.7 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins le mois de juillet 2018 (début de l'incapacité de travail), les experts devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 14 octobre 2021 (date du prononcé de la décision de l'intimé querellée), ainsi que sur l'évolution avant et après cette date (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?

4.8 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 seulement alléguées – mais non démontrées – par la personne expertisée).

4.9 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) ?

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

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

4.11 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. Capacité de travail

5.1 Dater la survenance de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité habituelle (femme de chambre ou de ménage) pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

5.2 Quels sont en particulier les effets des douleurs (et de quel[s] type[s] et compte tenu de quelle intensité sur une échelle allant jusqu'à 10) sur la capacité de travail et/ou d'éventuelles limitations fonctionnelles et/ou diminution de rendement ?

5.3 L'éventuel problème de steppage a-t-il des répercussions sur la capacité de travail et/ou d'éventuelles limitations fonctionnelles et/ou diminution de rendement ?

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

5.4.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?

5.4.2 L'exercice de cette activité lucrative habituelle est-il entravé par des difficultés et/ou des limitations fonctionnelles, et/ou fait-il l'objet d'une diminution de rendement ?

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

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

5.5.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?

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

5.5.3 Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte, en relation avec chaque diagnostic ainsi que type de douleurs, et avec quelles dates d'apparition ?

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

5.6 Comment la capacité de travail, avec les éventuelles limitations fonctionnelles et/ou diminution de rendement, de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de juillet 2018, avec des précisions au 14 octobre 2021 (date du prononcé de la décision querellée), puis depuis lors (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?

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

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

6. Traitement

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

6.2 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 ?

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

7. Appréciation d'avis médicaux du dossier

7.1 Êtes-vous d'accord avec les constatations, appréciations et conclusions des experts J_____ et K_____? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de l'assurée ? Si non, pourquoi ?

7.2 Êtes-vous d'accord avec les avis des docteurs B_____, H_____ et M_____, voire aussi les médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et de la consultation ambulatoire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et le docteur I_____, et tous autres médecins ayant examiné et traité l'intéressée ? En particulier quant aux diagnostics posés, aux limitations fonctionnelles constatées et à l'estimation d'une capacité de travail de la recourante ? Si non, pourquoi ?

8. Quel est le pronostic ?

9. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables, lesquelles précisément, et quelles en seraient les chances de succès ?

10. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

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

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

G. Réserve le fond.

La greffière — Le président

Diana ZIERI — Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le