

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3959/2024

ATAS/137/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 10 mars 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1970, de nationalité suisse, divorcée, mère de deux enfants nés en 1996 et 1998, est titulaire de diplômes de secrétaire médicale et de massothérapeute.
- b.** Elle a exercé comme secrétaire médicale (à un taux de 60%) à la clinique B_____ dès le 16 mars 2012 et comme massothérapeute (à un taux de 40%) dès le 1^{er} juin 2013.
- B.** **a.** Par décision du 25 août 2017, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a octroyé à l'assurée un trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 mars 2016 et une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016. Une allocation pour impotent lui a été refusée (décision du 8 mai 2017).
- b.** Le dossier de l'assurée a été transmis à l'OAI du Valais (ci-après : OAI Valais) le 10 juin 2022, vu son nouveau domicile dans ce canton.
- c.** À la demande de l'OAI Valais, et dans le cadre d'une procédure de révision, le C_____ (ci-après : C_____) a effectué les 25 novembre et 1^{er} décembre 2022 une expertise neurologique et neuropsychologique (docteure D_____, spécialiste FMH en neurologie, et docteur E_____, spécialiste FSP en neuropsychologie), concluant à des diagnostics de probable sclérose en plaques de type poussée-rémission (critères révisés de McDonald 2017 non remplis mais bandes oligoclonales positives) avec fatigue neurologique, de neuropathie ulnaire gauche au coude post-traumatique, non incapacitante, de probable lésion osseuse du clivus de type ecchordosis physaliphora, de troubles neuropsychologiques légers selon la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, d'étiologie possiblement mixte, neurologique et psychiatrique, induisant une perte de rendement de 30% dans la seule activité d'assistante ou secrétaire médicale.
- d.** Le 31 janvier 2023, le service médical régional (ci-après : SMR) Rhône a estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 100%, la baisse de rendement de 20% n'étant pas justifiée, en application des indicateurs jurisprudentiels de gravité.
- e.** Par projet de décision du 1^{er} février 2023, l'OAI Valais a supprimé le droit de l'assurée à la rente d'invalidité, son degré d'invalidité étant nul.
- f.** Le 19 février 2023, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité, en faisant valoir qu'elle présentait une très importante fatigue, avec parfois de fortes céphalées, et des douleurs dans tout le corps. Elle était totalement incapable de travailler.
- g.** Le 20 février 2023, la docteure F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée.

h. Le 23 avril 2023, la docteure G_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport médical, attestant d'une situation stable du point de vue neurologique depuis 2014, avec un diagnostic de sclérose en plaques probable de type poussée-rémission. Elle rejoignait l'appréciation de la Dre D_____.

i. Le 30 mars 2023, la docteure H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a attesté de diagnostics d'arthralgies des mains à caractère inflammatoire (en cours d'investigation), de tendinites récidivantes, de gonarthrose bilatérale des compartiments internes, de syndrome fémoro-patellaire bilatéral et de rachialgies avec troubles statiques et discopathie L4-L5 et L5-S1 et arthrose facettaire postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1 à gauche.

j. Le 5 mai 2023, la Dre F_____ a rendu un rapport médical, attestant d'un syndrome de fatigue post-virale, d'encéphalomyélite myalgique bénigne, de troubles de l'adaptation et de réaction mixte anxieuse et dépressive. Le risque de décompensation psychique était important et la capacité de travail était nulle.

k. Le 25 mai 2023, le SMR Rhône a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler comme massothérapeute (en raison des contraintes physiques) mais capable de travailler à un taux de 70% dès le 25 novembre 2022 dans une activité de secrétaire. En l'absence de pathologie identifiée sur le plan rhumatologique et de la rémission de l'épisode dépressif, la capacité de travail des praticiens ne pouvait pas être retenue.

l. Par décision du 2 juin 2023, l'OAI Valais a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée au 1^{er} août 2023. Le degré d'invalidité était de 34,87%.

C. a. Le 11 septembre 2023, l'assurée, représentée par ASSUAS, a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant valoir une aggravation de son état de santé. Elle a joint :

– Un rapport médical de la Dre F_____ du 21 juillet 2023, attestant d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et de phobies sociales.

– Un rapport médical de la Dre H_____ du 1^{er} septembre 2023, évoquant une fibromyalgie et des problèmes aux genoux. Les limitations fonctionnelles touchaient surtout les mains. L'état de santé était resté stable depuis la dernière décision et la capacité de travail était de 30% au plus.

b. Dès le 9 mars 2023, l'assurée s'est domiciliée à nouveau dans le canton de Genève.

c. Le 27 septembre 2023, le SMR a estimé que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé.

d. Le 9 octobre 2023, la Dre H_____ a attesté d'une situation inchangée depuis 2018 et la capacité de travail était de 20% dans une activité adaptée.

e. Le 3 novembre 2023, la Dre F_____ a rempli un rapport médical AI et attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. L'assurée avait présenté un épisode sévère dans le contexte de son refus d'octroi de rente. La capacité de travail était nulle.

f. Le 6 décembre 2023, la docteure I_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, a rempli un rapport médical AI, attestant d'un syndrome de l'intestin irritable et une hépatomégalie stéatosique (en lien avec le diabète) non incapacitants.

g. Le 22 décembre 2023, la Dre G_____ a attesté que l'état clinique neurologique était superposable à celui de 2020, avec une sclérose en plaques probable de type poussée-rémission et la capacité de travail était de 30% (soit 50% de son taux de travail de 60%).

h. Le 3 février 2024, la docteure J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'une capacité de travail nulle. L'assurée présentait un épuisement et des symptômes dépressifs, majorés depuis la décision de suspension de la rente AI et elle était dépassée par les démarches à entreprendre.

i. Le 23 février 2024, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'une capacité de travail nulle. L'assurée était terrassée par sa fatigue chronique, sans pouvoir se concentrer et effectuer des activités de la vie quotidienne.

j. À la demande de l'OAI, le L_____ (ci-après : L_____) a rendu, le 18 juin 2024, un rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique (docteurs M_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et N_____, spécialiste FMH en psychiatrie).

L'assurée présentait, du point de vue somatique, une fibromyalgie, une lombalgie, sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie, et une gonalgie bilatérale secondaire à un syndrome fémoro-patellaire et, du point de vue psychiatrique, un trouble dépressif récurrent en rémission au moins depuis le 8 décembre 2021 (date de la cessation du suivi psychiatrique) et un trouble du comportement alimentaire de type hyperphagie.

La capacité de travail était de 70% depuis le 25 novembre 2022 du point de vue somatique et de 100% depuis novembre 2022, dans toute activité.

k. Le 25 juin 2024, le SMR a retenu une capacité de travail de 100% avec une perte de rendement de 30% comme secrétaire médicale dès le 25 novembre 2022, avec des limitations fonctionnelles (pas d'efforts de soulèvement au-delà de 10 kg, pas de position à genoux et accroupie, éviter montée et descente d'escalier répétées, pas de travail en hauteur et changement de position régulier).

l. Par projet de décision du 19 septembre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le degré d'invalidité de l'assurée étant de 30%.

m. Le 18 octobre 2024, l'assurée, représentée par ASSUAS, a contesté le projet précité, en faisant valoir que l'expertise psychiatrique n'était pas probante. Elle a communiqué :

– Un rapport de la Dre F_____ du 18 octobre 2024, estimant que l'expertise psychiatrique ne prenait pas en compte les traits de la personnalité de type faux-self expliquant l'inauthenticité et l'optimisme décalé de l'assurée, les phobies sociales et le trouble de déficit de l'attention (TDAH). L'assurée s'était rendue en Corse en 2022 et non pas en 2023 au moment de son épisode dépressif ; elle ne consommait pas d'alcool contrairement à ce qui était évoqué par l'expert et avait été hospitalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en milieu psychiatrique.

n. Par décision du 28 octobre 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

D. a. Le 27 novembre 2024, l'assurée, représentée par ASSUAS, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. L'expertise psychiatrique contenait des incohérences et discordances et, notamment, remettait en question sa tentative suicide en 2016. L'aspect rhumatologique ne retenait à tort pas d'impotence fonctionnelle des mains, empêchant une activité de secrétaire.

b. Le 16 décembre 2024, le SMR a estimé que le rapport de la Dre F_____ du 18 octobre 2024 ne modifiait pas son avis du 25 juin 2024.

c. Le 19 décembre 2024, l'OAI s'est rallié à l'avis précité du SMR et a conclu au rejet du recours.

d. Le 18 janvier 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions, en relevant que la Dre H_____ avait constaté une impotence fonctionnelle des mains à caractère inflammatoire et la Dre F_____ un trouble dépressif récurrent.

e. Le 10 février 2025, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle.

f. Le 24 février 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission d'expertise judiciaire à la docteure O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

g. Les 4 et 5 mars 2025, les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas de cause récusation à l'encontre de l'experte ni de questions complémentaires à poser, l'intimé relevant cependant qu'il s'opposait à l'ordonnance d'une expertise judiciaire.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 11 septembre 2023 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, étant relevé que la rente d'invalidité entière de la recourante a été supprimée au 1^{er} août 2023.

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, 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).

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

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

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

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

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.4 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141

V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

Lorsque l'administration entre en matière sur une demande de révision déposée par la personne assurée (*cf.* art. 87 al. 2 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références).

3.5 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré :

- a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou
- b. atteint 100%.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

3.6 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié d'une part (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le

temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), *ad art. 49 al. 1^{bis}*, p. 60.

3.6.1 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

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

3.6.3 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 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

3.6.4 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 ; 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).

3.6.5 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 n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

3.7 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 pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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

4. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport bidisciplinaire du L_____ du 18 juin 2024 pour retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante et une capacité de travail recouvrée de 70% dès le 25 novembre 2022 comme secrétaire médicale.

La recourante conteste cette appréciation, en faisant valoir l'avis de ses médecins traitants, les Drs H_____, K_____, J_____, G_____ et F_____.

4.1 Du point de vue psychiatrique, l'expert N_____ a conclu à la présence d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission au moins depuis le 8 décembre 2021, non incapacitant et à une capacité de travail totale depuis au moins novembre 2022.

La Dre F_____ a contesté la valeur probante de cette expertise, en relevant qu'elle ne tenait pas compte des traits de la personnalité de type faux-self traduits par une manière de se présenter de la recourante extrêmement favorable, en désaccord avec la situation réelle et qu'elle n'explorait pas les critères de phobies

sociales et de TDAH (avis des 18 octobre 2024 et 30 janvier 2025). Elle a attesté d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, totalement incapacitant (avis du 3 novembre 2023).

4.2 Les conclusions de l'expert N_____ ne sont pas convaincantes. Il estime que le trouble dépressif récurrent est en rémission depuis décembre 2021, tout en mentionnant un épisode dépressif majeur sévère relevé par la Dre F_____ en juillet 2023, qu'il nie sans motivation (expertise p. 33) et une descente aux enfers relatée par la recourante depuis juin 2023 (expertise p. 24). Par ailleurs, la Dre F_____ a évoqué un effondrement psychique avec idées suicidaires (avis du 3 novembre 2023), idées suicidaires confirmées par la recourante lors de l'entretien avec le Dr N_____ (enregistrement de l'expertise à 1h et 35 minutes) ; dans ces conditions il existe des doutes quant à une amélioration durable de l'état de santé de la recourante dès décembre 2021.

En outre, l'expert n'a pas pris en compte, lors de l'analyse d'un éventuel TDAH, le discours digressif et parfois confus de la recourante, attesté par la Dre F_____ (avis du 18 octobre 2024) et ressortant de l'enregistrement de l'expertise psychiatrique, étant relevé, au surplus, qu'un test TDAH était positif lors d'un bilan neuropsychologique (avis de la Dre F_____ du 3 novembre 2023).

Enfin, la Dre F_____ relève que les abus dont a été victime la recourante ont entraîné des mécanismes de défense de celle-ci (avis du 5 mai 2023), abus, qui bien que mentionnés par l'expert N_____ (expertise p. 25), n'ont toutefois pas été pris en compte du tout par celui-ci dans l'évaluation de l'état de santé psychique de la recourante.

4.3 Au vu de ce qui précède, la situation médicale de la recourante n'étant pas claire, il convient d'instruire le cas par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée à la Dre O_____.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins la docteure O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Hôpitaux universitaires de Genève, Unité _____ 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 médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier la Dre F_____.
- 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 détérioré depuis juillet 2023 (cf. rapport de la Dre F_____ du 21 juillet 2023) ?

4.5 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) ?

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

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

- 5.1.1 Dates d'apparition

- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

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

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

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

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

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

7. Personnalité

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

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

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

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

8. Ressources

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

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

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle (secrétaire médicale) ?
- 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.4 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 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

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

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dre F_____ des 21 juillet 2023, 3 novembre 2023 et 18 octobre 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle depuis juillet 2023 ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr N_____ du 18 juin 2024 (expertise du L_____) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale depuis novembre 2022 ? 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