



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3991/2023

ATAS/215/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 27 mars 2025

Chambre 2

En la cause

CAISSE DE PENSION DU PERSONNEL DE LA VILLE DE

recourante

A_____

représentée par Kessler Prévoyance SA

contre

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

intimé

B_____

représentée par Me Alain DE MITRI, avocat

intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président.

EN FAIT

- A.** **a.** Le 15 février 2001, B_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou l'intimée), née en 1966, célibataire, citoyenne suisse, au bénéfice d'expériences professionnelles depuis 1981 comme secrétaire titulaire d'un CFC d'employée de commerce, avec le même emploi dans un établissement scolaire public depuis fin 1984, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, en raison d'une incapacité de travail entière du 17 janvier au 30 avril 2000 et partielle à partir du 2 mai 2000 pour cause de maladie.
- b.** Le docteur C_____, médecin généraliste FMH, ayant toutefois indiqué le 18 mars 2002 qu'il y avait eu une reprise effective de travail le 31 juillet 2001 à 100% dans un autre service, ladite demande AI apparaît être à tout le moins devenue sans objet.
- B.** **a.** Le 3 octobre 2017, l'assurée, secrétaire à 100% au sein de la Fondation immobilière de la Ville d'A_____ (ci-après : l'employeur), a présenté une nouvelle demande AI, mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'une incapacité totale de travail à compter du 18 avril 2017, pour cause de « 2 hernies cervicales + douleurs bras & épaule (acromion) + omoplates ».
- b.** L'OAI a reçu plusieurs rapports médicaux et, sur la base notamment d'un « rapport d'évaluation et de recommandations » établi le 28 janvier 2018 par un ergonome spécialiste de la santé en entreprise, il a octroyé le 7 février 2018 à l'intéressée une « mesure d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail (matériel ergonomique) ».
- c.** Par projet de décision du 22 août 2018 – non contesté – puis par décision du 1^{er} octobre 2018 – non querellée –, l'OAI a rejeté la demande AI. En effet, selon le dossier, l'assurée avait été en incapacité de travail à 100% du 18 avril au 15 octobre 2017, à 50% du 16 octobre 2017 au 14 janvier 2018, à 25% du 15 janvier au 17 juin 2018 puis à 0% à partir du 18 juin 2018 (reprise d'une activité à temps complet). Ainsi, au terme du délai d'attente d'une année, soit en avril 2018, l'incapacité de travail était de 25%, donc inférieure au taux de 40%, ce qui n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. En outre, vu le recouvrement d'une pleine capacité de travail et de gain dans son activité habituelle depuis juin 2018, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
- C.** **a.** Le 2 juin 2022, l'intéressée a déposé une troisième demande AI, mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'une incapacité de travail de 100% du 28 septembre au 16 décembre 2021, de 50% du 3 février au 3 mai 2022 puis à nouveau de 100% à partir du 4 mai 2022 « suite covid & vaccin covid », comme cela ressort de certificats d'arrêt de travail émis par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et alors médecin généraliste traitant, lequel avait en outre indiqué le 31 mai 2022 à AXA ASSURANCES SA

(ci-après : l'assurance de perte de gain), comme diagnostic, « Oct. 2020 Covid + Vaccination 19.7.2021 puis Covid long ».

b. Dans le cadre de l'instruction, l'office a reçu le « questionnaire pour l'employeur » complété le 24 juin 2022 par l'employeur.

Dans « rapport d'évaluation IP » du 17 octobre 2022, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a résumé un entretien tenu le 11 octobre 2022 avec l'assurée.

c. Entretemps, au plan médical, le docteur E_____, cardiologue FMH, a émis le 18 novembre 2021 un « rapport d'échocardiographie » et, le 22 novembre 2021, une synthèse de la situation au plan cardiologique.

Dans un rapport du 22 novembre 2021 également, la docteure F_____, pneumologue FMH, a posé le diagnostic de « dyspnée d'effort sur obésité morbide et déconditionnement », « [son] examen clinique [étant] normal, de même que la spirométrie et la mesure de la DLCO ».

Le 27 janvier 2022, le docteur G_____, radiologue FMH, a, pour un « bilan dans le cadre d'un COVID long », établi un rapport à la suite d'une « CT thoracique » réalisée le même jour.

Dans un rapport adressé le 8 avril 2022 au Dr D_____, le docteur H_____, employé par GENÈVE-MÉDECINS et actuellement pédiatre FMH, a, à la suite d'une visite à domicile chez l'assurée le 5 avril précédent, diagnostiqué un « Covid-19 long » et a fait état d'un malaise survenu le même jour au travail.

Dans un questionnaire médical AI rempli le 11 novembre 2022, le docteur I_____, nouveau médecin généraliste traitant, suivant l'intéressée depuis juillet 2022, a fait état d'un essai de reprise de travail à 50% à compter du 14 novembre 2022, « situation à réévaluer ». Le diagnostic incapacitant était le COVID long.

Dans un questionnaire médical AI complété le 20 janvier 2023, la docteure J_____, du service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de « syndrome post-COVID / COVID long ».

b. Les 23 janvier et 3 avril 2023, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a eu des entretiens téléphoniques avec l'intéressée.

Par communication du 17 avril 2023 intitulée « octroi d'une mesure d'intervention précoce, art. 7d, al. 2 LAI », la division réadaptation professionnelle de l'office, se référant au dernier entretien téléphonique susmentionné, a confirmé avoir pris note de l'activité professionnelle de l'assurée à 20% dès le 24 avril 2023 « avec l'objectif d'augmenter à [son] taux contractuel en fonction de l'évolution de [sa] santé ».

Lors d'un entretien téléphonique du 3 mai 2023, l'intéressée a dit avoir dû interrompre son retour au travail immédiatement après les 2 heures de tentative de reprise du travail le 24 avril 2023 même.

c. Le 20 juin 2023, la Dre J_____ a complété un questionnaire médical AI.

Le 23 juin 2023, le Dr I_____ en a fait de même.

d. Dans un « rapport de clôture IP en vue de DDP » du 10 août 2023, la division réadaptation professionnelle de l'office a considéré que l'assurée n'était plus en mesure d'offrir ce que l'on était en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux et que les concessions démesurées qui seraient demandées à un éventuel employeur rendaient l'exercice d'une activité lucrative incompatible avec les exigences actuelles du monde économique. Des mesures professionnelles ne permettraient en conséquence pas, avec les limitations actuelles, que l'intéressée puisse mettre en valeur une capacité de travail et réduire le dommage. Le mandat de ladite division était clôturé « sur une perte de gain de 100% ».

Dans une note du 14 août 2023, l'OAI a retenu le statut d'active professionnellement à 100%.

Par projet de décision du 4 septembre 2023, il a envisagé de reconnaître à l'assurée le droit, dès le 1^{er} décembre 2022, à une rente entière selon un taux d'invalidité de 100%. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

e. Par lettre du 20 septembre 2023, la Caisse de pensions du personnel de la Ville d'A_____ (ci-après : la caisse de pensions ou la recourante), par l'intermédiaire de sa mandataire KESSLER PRÉVOYANCE SA (ci-après : la mandataire), a sollicité la transmission d'une copie du dossier AI, que l'office lui a envoyée le 22 septembre 2023.

Par courrier du 5 octobre 2023, l'intéressée a indiqué ne pas avoir d'observations à formuler et a fait part de son inquiétude concernant la mise en place effective de la rente AI et sa coordination avec l'assurance de perte de gain et la caisse de pensions, ainsi que de se retrouver, même provisoirement, sans revenus.

f. Par décision du 23 octobre 2023 de la Caisse de compensation NODE AVS (ci-après : la caisse de compensation), accompagnée d'une motivation de l'OAI reprenant les termes du projet de décision, l'AI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité, à partir du 1^{er} novembre (*recte* : décembre) 2022 compte tenu de l'échéance d'une période légale de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée avait fait valoir son droit aux prestations. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

A. a. Par acte du 28 novembre 2023, la caisse de pensions, représentée par la mandataire, a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre ladite décision, concluant à son annulation et à la reprise de

l'instruction de la demande AI « au sens des considérants », l'instruction réalisée jusqu'à présent par l'intimé étant considérée comme bâclée, vu notamment l'absence d'avis du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), et comme reposant sur les plaintes subjectives de l'intimée.

b. Par réponse du 18 janvier 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par réponse du 22 janvier 2024, l'intimée, représentée par un avocat nouvellement constitué, a conclu à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet.

d. Alors que l'intimé et l'intimée ont, le 21 février 2024, respectivement 21 mars 2024, persisté dans leurs conclusions respectives sans nouvelles allégations ou argumentations, la recourante s'est, par réplique du 21 mars 2024, déterminée sur les allégués des intimés, persistant dans les conclusions de son recours.

e. Le 16 avril 2024, elle a transmis à la chambre des assurances sociales un rapport d'évaluation médicale « sur dossier » établi le 1^{er} avril précédent par le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie dans le canton de Vaud, qu'elle avait consulté. Selon ce spécialiste, l'octroi d'une rente d'invalidité entière ne semblait pas justifié sur la base des pièces à disposition ; une expertise devait être mise sur pied « avec en tout cas un volet psychiatrique, un bilan neuropsychologique, éventuellement de médecine interne ou infectiologie ».

f. À la demande de la chambre de céans compte tenu de la conclusion en irrecevabilité du recours formulée par l'intimée, l'administration fiscale cantonale (ci-après : AFC) a, le 27 mai 2024, fait savoir avoir reçu la décision querellée le 27 octobre 2023.

L'assurance de perte de gain a, le 6 juin 2024, répondu que cette décision lui était parvenue le 26 octobre 2023.

g. Entretemps, également à la demande de la chambre des assurances sociales, le SMR a, le 24 mai 2024, établi un rapport (« avis médical »). Après avoir résumé des rapports médicaux – mais pas celui du Dr K_____ –, il s'est référé aux « critères diagnostiques formulés par le Consensus OMS de Delhi [*recte* : Delphi] (06.10.2021) concernant les symptômes persistants post-COVID 19 ainsi que leur évolution dans le temps », et a retenu que ces critères étaient en l'espèce remplis.

Le 16 juillet 2024, le SMR a émis un avis, prenant en considération celui du Dr K_____ et maintenant ses propres conclusions formulées le 24 mai 2024.

Par pli du 18 juillet 2024, l'intimé s'y est entièrement rallié.

h. Le 27 août 2024 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution personnelle des parties, lors de laquelle, notamment, le président de la caisse de pensions, accompagné d'un juriste de la mandataire, a déclaré suivre les conclusions de cette dernière.

En outre, les Drs I_____ et J_____ ont été entendus en qualité de témoins. D'après la seconde, la patiente n'avait pas fait l'objet d'autres examens spécialisés qu'un examen ORL et un examen neuropsychologique.

i. Par écriture du 10 septembre 2024, l'intimée a nié la validité des pouvoirs de la mandataire de représenter la recourante, de même que le respect du délai de recours, confirmant ainsi sa conclusion d'irrecevabilité.

j. À la demande de la chambre des assurances sociales de produire « tous les documents pertinents, notamment ORL, examen neuropsychologique et mails de physio », la Dre J_____ a, le 10 octobre 2024, transmis à celle-ci un rapport de « consultation d'otoneurologie » du 16 février 2023 de la docteure L_____, médecin cheffe de clinique au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du département des neurosciences cliniques des HUG à la suite d'une consultation du 7 février 2023, avec audiogramme tonal et vocal, concluant à des vertiges d'origine indéterminée, ainsi que des rapports de « consultation médicale cognitive et neurocomportementale » établis les 9 mars et 13 juillet 2023 par le professeur M_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité, et le docteur N_____, médecin interne, du service de neurologie du département des neurosciences cliniques des HUG, avec un « Montreal cognitive assessment (MoCA) ». La Dre J_____ a en outre précisé ne plus disposer des échanges de courriels avec le physiothérapeute.

k. Par écrit du 15 octobre 2024 signé par son président et son trésorier, la caisse de pensions a précisé que la mandataire avait été expressément autorisée à agir pour son compte dans cette affaire et à déposer un recours, même sans la réunion au complet de son comité.

l. Par observations de la mandataire du 1^{er} novembre 2024, la recourante a maintenu que la demande AI avait été insuffisamment instruite. Selon elle, au terme d'une instruction médicale complète avec la mise sur pied d'une expertise médicale pluridisciplinaire, il conviendrait probablement d'évaluer une éventuelle incapacité de travail au moyen de la procédure probatoire structurée mise en place depuis l'ATF 141 V 281, étant à cet égard relevé que la pratique de traitement des cas de COVID long de l'intimé contrastait notablement avec celle d'autres offices cantonaux AI.

m. Le 5 novembre 2024, l'intimé a remis un nouvel avis du SMR du même jour, tenant compte des rapports médicaux transmis le 10 octobre 2024 par la Dre J_____, considérant que ceux-ci ne modifiaient pas l'appréciation du cas et maintenant ses conclusions du 24 mai 2024.

n. Par écriture du 8 novembre 2024, l'intimée a persisté dans ses conclusions du 22 janvier 2024, produisant le règlement de prévoyance de la caisse de pensions (LC 08 171) du 19 novembre 2020, entré en vigueur le 1^{er} avril 2021, et estimant que celui-ci ne permettait pas à la recourante de remettre en cause une décision de l'AI.

o. Le 26 novembre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

p. Par pli du 4 mars 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait de confier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, en médecine interne (voire aussi, si besoin, en infectiologie) et en neurologie/neuropsychologie, accompagnée à tout le moins d'examens neuropsychologiques approfondis et d'un examen psychiatrique approprié, ainsi que le cas échéant de rapports complémentaires portant sur d'autres domaines médicaux concernés, à l'unité d'expertises médicales (DVMS) d'UNISANTÉ, à Lausanne, sous la responsabilité de la docteure O_____, étant précisé que cette institution disposait d'une expérience dans les expertises en matière de COVID long et que le Dr K_____, qui figurait dans la "liste des expertes et experts travaillant pour l'Unité d'expertises médicales, DVMS" (cf. <https://www.unisante.ch/fr/media/1065/download>), ne participerait en aucune façon à l'expertise judiciaire. Le projet de mission d'expertise était d'ores et déjà joint.

q. Le 13 mars 2025, l'intimé s'est opposé à une expertise judiciaire, précisant pour le reste ne pas avoir de motifs de récusation à l'encontre du centre d'expertise désigné.

Le 19 mars 2025, la recourante a indiqué ne pas s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire par UNISANTÉ, et a formulé deux remarques complémentaires.

Le 21 mars 2025, l'intimé a fait part qu'elle ne s'opposait pas au principe d'une expertise judiciaire mais a demandé la récusation de l'entier d'UNISANTÉ, vu la qualité de consultant du médecin-conseil de la caisse de pensions auprès de ce centre. Elle a en outre fait valoir le caractère selon elle inexigible de déplacement jusqu'à Lausanne en raison de son état de santé.

r. Ces courriers ont été transmis le 26 mars 2025, pour information, à chacune des parties.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

2. L'objet du litige porte sur la question du droit de la courante à une rente AI.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

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 (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 (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 décembre 2022, dès lors que la dernière demande de prestations a été déposée en juin 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022).

4.

4.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les

mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021). 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 1^{er} 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 LPGA) 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).

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

4.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 1bis dudit art. 28 LAI – en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 – dispose qu'une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées.

Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 –, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente – la plus basse – de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47.5% (al. 4).

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

4.4.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

4.4.2 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.

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 ; 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 ; 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).

4.5 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

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).

5. Avant l'examen des faits, il convient de présenter le syndrome post-COVID ou COVID long, qui est une pathologie très récente et encore incomplètement comprise, ainsi que sa prise en compte en droit des assurances sociales.

5.1 Selon la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (ci-après : OMS), le 6 octobre 2021 (« Une définition de cas clinique pour l'affection post COVID-19 établie par un consensus Delphi »), l'affection post-COVID-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après l'apparition de la COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins deux mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif mais aussi d'autres symptômes (voir le Tableau 3 et l'annexe 2) qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien. Les symptômes peuvent être d'apparition nouvelle après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de COVID-19 aiguë, ou persister depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également fluctuer ou récidiver au fil du temps. Une définition distincte peut être applicable aux enfants (accessible sur internet depuis « https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1 »).

La CIM-11 comporte le code provisoire RA02, intitulé « Affection post-Covid-19 », dont il ressort que l'affection post-COVID-19 survient chez des personnes présentant des antécédents d'infection probable ou confirmée par le SARS-CoV-2, généralement trois mois après l'apparition du COVID-19 avec des symptômes qui persistent au moins deux mois et qui ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic. Les symptômes courants comprennent la fatigue, l'essoufflement, un dysfonctionnement cognitif mais aussi d'autres symptômes qui ont généralement un impact sur le fonctionnement quotidien. Les symptômes peuvent être d'apparition nouvelle après un rétablissement initial à la suite d'un épisode de COVID-19 aigu, ou persister depuis la maladie initiale. Les symptômes peuvent également fluctuer ou récidiver au fil du temps.

5.2 En mars 2022, le groupe de travail post-Covid-19 - Médecine d'assurance, de l'Hôpital universitaire de Bâle, a établi un projet de « Recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid-19 en Suisse » (version 1.0). Ce document a été soumis à l'assemblée annuelle de la *Swiss insurance Medicine* (SIM ; en français : Médecine d'assurance suisse). Une deuxième version (version 2.0), intégrant les mises à jour scientifiques, a été publiée le 31 juillet 2023 (ci-après : Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19 ; sur interne : « https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/covid-19_aktuelle_Meldungen/231017_RevidierteEmpfehlungen_Final_FR.pdf »).

5.2.1 Il ressort de ladite recommandation que l'infection par le virus SARS CoV 2 peut déclencher une réaction immunologique, dont la conséquence est une atteinte

multisystémique qui peut affecter les fonctions de nombreux organes, y compris le cerveau. La production du virus dépend de la réaction du système immunitaire de l'hôte et des propriétés des différents variants du SARS CoV-2. Par ailleurs, le virus présente une affinité tissulaire pour les cellules des voies respiratoires hautes et basses, en particulier, mais aussi pour d'autres types de tissus, tels que : l'intestin, le système nerveux central, le foie, les reins, le cœur et les vaisseaux sanguins. La maladie est, par conséquent, corrélée à un large éventail de symptômes. L'intensité de la réponse immunitaire de la personne infectée dépend de différents facteurs tels que : l'âge, le sexe, les maladies antérieures, mais aussi le variant du virus ; elle détermine l'évolution de la maladie et sa sévérité, sachant que des réinfections plus ou moins graves sont également possibles après la fin de la primo-infection. En conséquence, l'affection post-COVID-19 peut se manifester par des symptômes très divers. De ce fait, en dehors de lésions organiques pour lesquelles elle peut être clairement incriminée, l'affection post-COVID-19 est encore incomplètement comprise et s'avère multifactorielle (p. 5 ; *cf.* aussi ATAS/39/2025 du 22 janvier 2025 consid. 3.2 ; ATAS/984/2023 du 14 décembre 2023 consid. 6.1).

Il est établi que des séquelles de l'affection post-COVID-19 peuvent se retrouver dans différents domaines de spécialité : complications pneumologiques (dyspnée, toux, limitation de la capacité physique et troubles du sommeil), complications cardiovasculaires (accidents ischémiques cérébraux, infarctus du myocarde, risque accru de maladies cardiovasculaires [accidents vasculaires cérébraux, arythmies cardiaques, cardiopathies ischémiques et non ischémiques, péricardite et myocardite, insuffisance cardiaque et thromboembolie]), complications neurologiques et neurocognitives (problèmes d'odorat et de goût, céphalées et douleurs musculaires, syndrome d'épuisement général avec fatigue organique, problèmes de mémoire, de concentration, troubles sensoriels et dysautonomies, etc.), complications rhumatologiques (myosite, vasculite, glomérulonéphrite, myocardite, arthrite et tableau Kawasaki-like, maladie auto-immune [chronique]), complications ORL (troubles aigus de l'odorat ; *cf.* p. 8 ss ; aussi ATAS/39/2025 précité consid. 3.2 ; ATAS/984/2023 précité consid. 6.1).

Les pathologies préexistantes accroissent le risque d'affection post-COVID-19 et l'asthme est un facteur de risque constamment présent dans différentes études. Bien que les données probantes concernant d'autres maladies préexistantes manquent de cohérence, différentes études constatent une fréquence accrue des affections post-COVID-19 chez des personnes qui souffraient auparavant de fatigue chronique, de céphalées, de dyspnée, de myalgies ou qui avaient la peau sensible. En outre, chez les patients ayant développé une forme grave de COVID-19 mais aussi, dans une moindre mesure, dans des cas d'infection légère à moyenne, des troubles psychiques notables ont été constatés, avec une incidence élevée de troubles anxieux, affectifs, et d'états de stress post-traumatique mais aussi de problèmes de dépendance. La place des facteurs psychosociaux dans la

genèse des troubles psychiques pourrait toutefois être un cofacteur important. Il importe de tenir compte des difficultés individuelles de la vie quotidienne liées à la pandémie, en général et à la maladie (quarantaine, isolement, difficultés au travail, violence intrafamiliale en confinement, deuil et solitude), qui peuvent provoquer des troubles psychiques (anxiété, dépression, stress post-traumatique, troubles fonctionnels) ou aggraver des troubles existants, en particulier chez les personnes présentant des vulnérabilités psychiques (*cf.* p. 10 s. ; aussi ATAS/39/2025 précité consid. 3.2 ; ATAS/984/2023 précité consid. 6.2).

5.2.2 Toujours selon la Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, en cas de persistance des symptômes post-COVID-19, il est recommandé de procéder à un premier bilan en médecine d'assurance, afin de confirmer le diagnostic et d'orienter la réintégration lorsque les symptômes persistent tout en tenant compte des guérisons spontanées, six mois après le début de l'infection aiguë. Étant donné que les processus de guérison peuvent être très longs et ne s'accompagner que d'une lente reprise des capacités, il est ensuite recommandé de procéder à une expertise pour clarifier les questions de rente en cas de rémission stagnante, au plus tôt douze mois après l'infection. Pour les formes graves documentées (soins intensifs/intubation) dont la rémission (partielle) se maintient à l'examen clinique, il est conseillé d'allonger la période de surveillance et de n'engager l'expertise qu'après la fin des soins intensifs et des mesures de réadaptation (p. 14).

Le groupe de travail auteur de ladite recommandation recommande de faire la distinction entre les cas présentant des complications d'organe avérées (typiquement après avoir développé une forme grave de COVID-19) et les cas où la fatigue, le malaise post-effort et les troubles cognitifs sont au premier plan (typiquement après avoir développé une forme légère de COVID-19). Dans le premier groupe, les séquelles à long terme sont généralement faciles à appréhender et touchent le système d'organes affecté ainsi que les troubles cognitifs et les séquelles neurologiques du traitement intensif. Les limitations peuvent généralement être évaluées de manière objective à l'aide des outils diagnostiques des disciplines en question, et la causalité peut être clairement attribuée. Les personnes concernées qui se plaignent de symptômes persistants, en particulier de fatigue, de malaise post-effort et de troubles cognitifs, après une forme de COVID-19 légère à éventuellement modérée, doivent faire l'objet d'un diagnostic différentiel méticuleux par un expert afin d'évaluer la causalité, le degré de gravité et donc la capacité de travail, ainsi que les options thérapeutiques (p. 14).

La Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19 recommande donc un bilan interdisciplinaire, adossé au questionnaire EPOCA - outil de dépistage « EPOCA - Evidence-based PostCovid-19-Assessment » (utilisé dès le début de la maladie) -, composé d'une expertise de base et d'expertises complémentaires

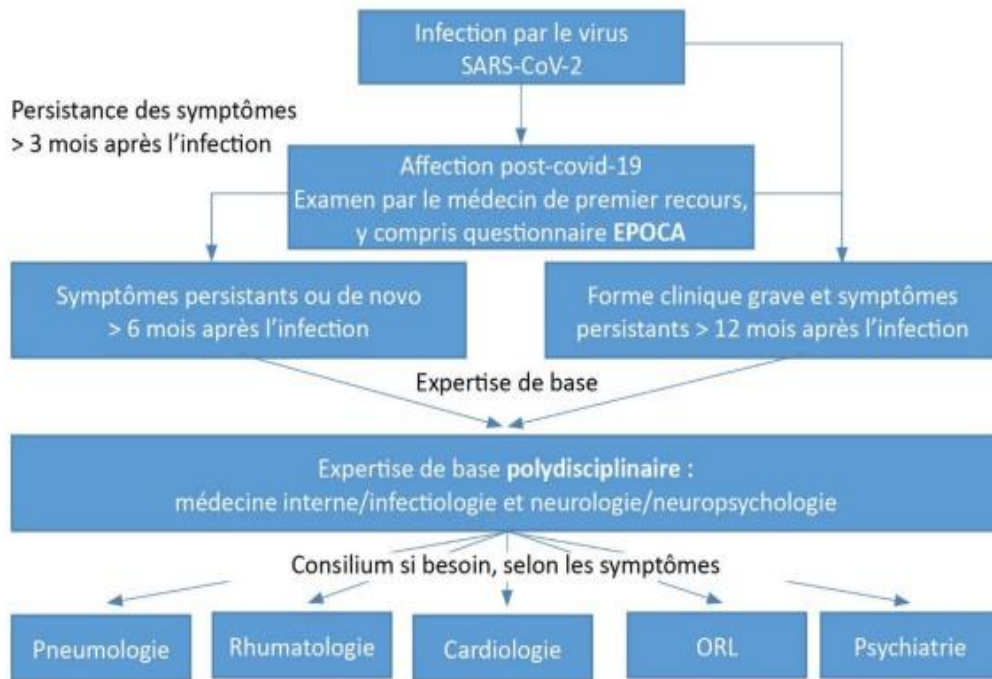
éventuelles pour les différents symptômes spécifiques (organes affectés) ainsi que d'une anamnèse par un tiers liée au poste de travail (p. 14).

Ainsi, si les symptômes persistent pendant plus de douze mois (ou en cas de convalescence après une forme grave, après la fin des mesures thérapeutiques), le groupe de travail préconise une expertise de base en médecine interne/infectiologie et en neurologie/neuropsychologie. Ce bilan sert à confirmer le diagnostic en tenant compte des diagnostics différentiels d'autres causes, à relever l'anamnèse détaillée de la maladie et des symptômes, à discerner les symptômes consécutifs aux lésions directes des organes, à identifier les autres disciplines éventuellement nécessaires (par exemple cardiologie, pneumologie) et à établir la plausibilité, l'origine et l'intégration des autres résultats des examens du point de vue virologique et infectieux. Il s'intéresse aux mêmes paramètres que le questionnaire EPOCA et s'appuie, dans l'idéal, sur les données d'historique déjà relevées dans celui-ci (p. 15 s.).

Selon les autres symptômes et troubles cardinaux, des spécialistes en pneumologie, rhumatologie, cardiologie, ORL ou psychiatrie peuvent être consultés si nécessaire, en vue de compléter l'exploration dans le cadre de l'expertise en fonction des symptômes. Ces spécialistes doivent utiliser, pour l'examen des symptômes post-COVID-19, des instruments bien établis, sensibles et spécifiques, instruments servant à vérifier objectivement la plausibilité des troubles dans le cas d'espèce et à déterminer le degré de sévérité des restrictions (p. 15 ss).

En d'autres termes, une approche structurée et analytique est essentielle pour l'expertise en médecine d'assurance. Dans le contexte de l'affection post-COVID-19, cela implique tout d'abord de faire la distinction entre les troubles directement liés à l'infection subie et les lésions indirectes des organes « médiées » par l'infection, ainsi que les affections qui en découlent. De plus, les exacerbations de pathologies préexistantes induites par la maladie COVID-19 doivent être prises en compte. Un diagnostic différentiel méticuleux est indispensable pour exclure toute autre origine de la maladie que celle du COVID-19. Il est également essentiel d'analyser si d'autres maladies pourraient être en partie à l'origine des symptômes. Les cas de symptômes neurocognitifs (problèmes de concentration, parfois qualifiés de « brouillard cérébral » par les personnes touchées, symptômes d'épuisement et malaise post-effort [MPE]) sont les plus grands défis en ce qui concerne l'expertise en médecine d'assurance et l'appréciation des restrictions fonctionnelles. Il n'est pas rare que seul ce groupe de patients soit inclus dans les définitions du « COVID long », quoique la diversité des symptômes et les lourdes séquelles potentielles du COVID-19 au niveau de tous les organes justifient une définition plus large, analogue à celle de l'OMS (p. 6).

En résumé, la Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19 décrit la procédure d'expertise comme suit (p. 17) :



5.3 La question de savoir comment la pratique judiciaire doit appréhender la maladie nouvelle qu'est le COVID long et en tirer les conséquences en AI n'a pas encore reçu de réponses complètes et claires (*cf.*, dans ce sens, notamment arrêt de la 1ère cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2023 10/11 du 22 août 2023 consid. 4).

5.3.1 Il convient au préalable de relever que, 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, 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).

La procédure d'administration des preuves – aussi appelée procédure probatoire structurée – qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est applicable à toutes les maladies psychiques (*cf.* ATF 143 V 418, à la fibromyalgie ; 132 V 65 consid. 4.1), au

syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 *in* SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 *in* SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4), ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

5.3.2 Selon certains auteurs de doctrine, on peut s'attendre à ce qu'une série de symptômes « COVID long » soient également examinés à l'aide des indicateurs susmentionnés développés par le Tribunal fédéral. En ce qui concerne les troubles proches des troubles psychiques « généraux », l'application de la procédure probatoire structurée devrait s'imposer pour des raisons d'égalité des droits. Il faut néanmoins mettre en garde contre une utilisation indifférenciée de l'examen au moyen des indicateurs. Lorsque des atteintes à la santé et leurs effets sur la capacité fonctionnelle de gain peuvent être prouvés objectivement, la procédure probatoire structurée serait inappropriée. Celle-ci vise en effet à apporter une preuve indirecte, et, si on parvient à prouver directement les causes et les effets d'une maladie due au SRAS-CoV-2, la procédure probatoire structurée perd sa justification (Philipp EGLI/Matthias KRADOLFER/Kerstin Noëlle VORKINGER, « Long Covid » - *Eine [vorläufige] interdisziplinäre Standortbestimmung*, *in* RSAS 4/2021 p. 169 ss, spéc. 176 et 182-183 ; aussi Anne-Sylvie DUPONT, État de droit et état d'urgence : perspectives sous l'angle du droit des assurances, *in* SJ 2023 p. 333 ss, spéc. 345 ; cités par l'arrêt de la 1^{ère} cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois 605 2023 10/11 précité consid. 4).

Sont objectivables les résultats d'examens qui sont reproductibles et indépendants de la personne qui effectue l'examen et des indications du patient. On ne peut donc parler de conséquences organiques objectives d'un accident que lorsque les résultats obtenus ont été confirmés par des examens d'imagerie et/ou d'appareils et que les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1021/2009 du 3 novembre 2010 consid. 4.1, cité par Philipp EGLI/Matthias KRADOLFER/Kerstin Noëlle VORKINGER, *op. cit.* p. 183 et note 146).

5.3.3 Pour ce qui est de la jurisprudence, dans un cas traité par le Tribunal fédéral, la cause a été renvoyée à l'office AI compétent pour instruction complémentaire au plan médical, pour une personne concernant laquelle, notamment, un syndrome post-COVID-19 n'était ni confirmé ni infirmé – question à éclaircir –

(cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_63/2023 du 6 novembre 2023 consid. 5.1).

Dans un autre cas, le Tribunal fédéral a confirmé un refus de rente AI sur la base d'un rapport d'expertise neurologique et psychiatrique avec des examens neuropsychologiques. L'expert avait procédé notamment, concernant l'aspect neurologique, à une « évaluation de la cohérence, de la validité et de la plausibilité » (« *Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität* ») du tableau médical et qui, concernant les symptômes non organiques, avait conclu qu'il n'y avait pas d'objectivation directe de dysfonctionnements en l'espèce et que, par conséquent, une objectivation indirecte (avec preuve par indices) s'appliquait pour les déficiences invoquées, telles que la douleur ou les symptômes de fatigue, qui étaient ancrées dans l'expérience subjective, ce au moyen d'une « évaluation de la cohérence, de la validité et de la plausibilité » et d'un « test de validation des symptômes » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_247/2024 du 12 décembre 2024, notamment consid. 4.2.3).

Le Tribunal cantonal vaudois a quant à lui, également dans un cas d'AI, suivi les appréciations de médecins spécialistes qui avaient examiné la personne assurée, laquelle, de nombreux mois après une infection sévère au COVID-19, présentait « notamment une diminution de la tolérance à l'effort, un état de fatigue général, une dyspnée, des courbatures et un manque de force, ce sans grande amélioration depuis quelques mois ». Contre l'avis du SMR jugé lacunaire et n'ayant pas tenu compte de cette problématique ni non plus « de la gravité initiale des symptômes, lesquels [avaient] d'ailleurs rapidement nécessité une hospitalisation et une lourde prise en charge, ni de l'âge particulièrement avancé du recourant, éléments qui pouvaient exercer une influence non négligeable sur ses facultés de récupération post-COVID-19 et son aptitude à recouvrer sa capacité de travail », ledit tribunal a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité (arrêt de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AI 228/22 - 71/2024 du 29 février 2024).

Dans un cas concernant l'assurance-accidents, la chambre de céans a nié la pleine valeur probante d'une expertise médicale administrative, faute pour celle-ci de respecter la Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, et a renvoyé la cause à l'assureur-accidents intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise, à réaliser par des médecins ayant acquis une connaissance certaine en matière de COVID long et répondant à ladite recommandation (cf. ATAS/39/2025 précité consid. 3.2 ; dans le même sens ATAS/984/2023 précité consid. 6.1).

5.4 Très récemment, le 30 janvier 2025, ont été rendus publics par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS), dans un communiqué « Une étude fournit pour la première fois des données scientifiques sur le COVID long dans l'AI » (consultable sur internet sous <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-103992.html>), les résultats d'une étude intitulée « *Auswirkungen von Long-Covid*

auf die Invalidenversicherung – Schlussbericht », du 19 juin 2024, réalisée par Jürg GUGGISBERG/Lena LIECHTI/Tabea KADERLI/Tabea KELLER (Büro BASS) et Marc HÖGLLINGER (ZHAW) sur mandat de l'OFAS à partir de données disponibles pour la période de 2021 à fin 2023 concernant les personnes souffrant d'un COVID long en lien avec l'AI (téléchargeable depuis internet à <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/forschung/forschungspublikationen.exturl.html?lang=fr&lnr=02/25#pubdb>).

Selon ladite étude – qui repose pour la majeure partie sur les indications fournies par les offices AI et les services médicaux régionaux –, d'un point de vue médical, les patients atteints du COVID long souffrent de symptômes graves limitant fortement leurs fonctions. Neuf personnes concernées sur dix sont en incapacité de travail à 100% au moment de la demande. La majorité d'entre elles (85%) souffrent de fatigue/intolérance à l'effort, souvent combinée à d'autres symptômes tels que des troubles neurocognitifs (60%) ou, dans une moindre mesure, des troubles respiratoires ou cardio-vasculaires (40%). Il est donc vraisemblable qu'une part considérable des cas de COVID long annoncés à l'AI souffre d'encéphalomyélite myalgique ou syndrome de fatigue chronique (ci-après : EM/FSC). L'EM/FSC est une maladie chronique lourde et complexe qui se manifeste par une fatigue persistante, des douleurs et des troubles cognitifs, avec une aggravation des symptômes post-exercice. Les techniques pour éviter le surmenage, en particulier le pacing, sont indiquées dans ces cas, étant donné que le forçage peut mener à une aggravation durable de l'état du patient. Ce constat est à prendre en compte, en particulier dans les mesures de réadaptation (résumé en français, p. V et 20 et 23 s.).

Du fait qu'il n'existe à ce jour aucune thérapie efficace reconnue pour soigner le COVID long ou l'EM/FSC, et que les pronostics de ces maladies ne sont pas favorables (...), on peut s'attendre à ce que l'état de santé d'une partie de la population atteinte de COVID long ne s'améliore ni sur le moyen ni sur le long terme et que les personnes concernées doivent apprendre à vivre avec ces troubles chroniques. De plus, ces personnes ne sont souvent pas prises en charge de manière adéquate. Partout dans le monde, les systèmes de santé et de sécurité sociale recherchent des solutions tant pour gérer cette nouvelle maladie que pour soulager les personnes qui en souffrent (...). Cela signifie que, pour l'AI, cette nouvelle maladie est à prendre au sérieux, avec toute la charge de sa pathologie. Il est difficile de prévoir à long terme l'évolution du nombre de nouvelles rentes qu'occasionnera le COVID long (résumé en français, p. V-VI et p. 64 s.).

Parmi les acteurs intervenant en cas de COVID long, les médecins spécialistes sont considérés comme très importants ou plutôt importants par le plus d'offices AI et services médicaux régionaux (neuf ; p. 58 et tableau 26).

Un tiers environ (31%) des offices AI et services médicaux régionaux recourent, pour déterminer la limitation de capacité fonctionnelle (« *Abklärung der*

funktionellen Leistungseinschränkung ») chez les personnes atteintes de COVID long, plus souvent à la procédure probatoire structurée (« *das strukturierte Beweisverfahren* ») qu'à l'évaluation objective diagnostique (« *die objektiv diagnostizierte Messung* » ; imagerie, laboratoire). Un peu plus souvent (37%), ces deux méthodes sont toutes deux, dans une ampleur similaire, utilisées par les offices AI et services médicaux régionaux. Seulement pour une minorité des offices AI et services médicaux régionaux (14%), l'évaluation objective diagnostique est employée. Près de la moitié des offices AI et services médicaux régionaux interrogés (49%) estiment que la procédure probatoire structurée convient bien ou très bien pour déterminer la limitation de capacité fonctionnelle chez les personnes atteintes de COVID long, tandis que 9% considèrent que l'évaluation objective diagnostique est moins efficace et que 26% pensent que l'utilisation des deux méthodes ensemble est tantôt adaptée, tant non (« *teils, teils* » ; p. 58 et tableau 27).

Par ailleurs, près de la moitié des offices AI et services médicaux régionaux (onze) se fondent sur la Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, parmi lesquels huit la trouvent plutôt utile, alors que quatorze ne l'utilisent pas, soit par manque de connaissance ou d'expérience (dix), soit parce qu'ils ne la considèrent pas comme utile (quatre), les appréciations négatives étant motivées par le fait que ladite recommandation serait trop théorique ou que d'autres instruments, tels que la procédure probatoire structurée, seraient plus pertinents (p. 58 s.).

Aucun service médical régional n'emploie le questionnaire EPOCA, jugé difficilement utilisable en pratique (p. 59).

Sept des offices AI et trois des services médicaux régionaux interrogés ont mis au point des outils spécifiques pour évaluer les personnes atteintes de la COVID Long. Il s'agit généralement de la définition de processus internes et de consignes, ou de formations données au sujet COVID long. Un office AI a mis en place un outil de suivi des cas de COVID long et un service médical régional a créé un groupe de travail interdisciplinaire (p. 59).

En définitive, cette étude réalisée sur mandat de l'OFAS décrit pour l'essentiel les situations de COVID long ainsi que les pratiques des offices AI et des services médicaux régionaux pour traiter ces cas, mais n'émet pas de recommandations au sujet de leur évaluation.

6.

6.1 En l'espèce, s'agissant de l'historique en lien avec le COVID long de la recourante, il ressort ce qui suit du dossier AI, notamment de ses propos rapportés par des notes de la division réadaptation professionnelle de l'OAI et par la Dre J_____.

6.1.1 Comme précisé en audience par l'assurée, les problèmes médicaux qui ont conduit à ses demandes AI de février 2001 et octobre 2017 ne sont actuellement

pas incapacitants. En particulier, ses hernies cervicales ont été traitées par infiltration, repos et sommeil sur un fauteuil, mais elle doit néanmoins faire attention à ce qu'elles ne reviennent pas.

6.1.2 La recourante appréciait son travail de secrétaire auprès de l'employeur.

Elle a présenté en octobre 2020 une infection aiguë mais modérée au SARS-CoV-2, n'ayant pas nécessité d'hospitalisation mais l'ayant conduite à rester pendant trois semaines alitée pour s'en remettre. Elle a subi dans le cadre de cette infection l'ensemble des symptômes usuels de cette atteinte à la santé sauf la perte du goût et de l'odorat.

Une reprise de travail à l'issue de ces trois semaines a été un échec, car rendue impossible en raison de vertiges, d'une incapacité à se tenir debout, d'un essoufflement avec difficulté à marcher et d'un épuisement global.

Néanmoins, dès début 2021, elle a repris son travail en télétravail puis en présentiel à 100%, toujours avec les symptômes susmentionnés mais « contrôlables ».

6.1.3 Le 19 juillet 2021, la réception d'une première dose du vaccin anti-covid PFIZER a péjoré lesdits symptômes, en particulier la fatigue ; elle s'est immédiatement sentie mal, avec un goût métallique de clou dans la bouche, ne pouvant plus marcher et mettant 45 minutes ou une heure pour rentrer chez elle à trois rues de distance.

Une reprise du travail après une semaine d'arrêt de travail s'est avérée difficile, avec en parallèle une grande fatigue et une quasi impossibilité de réaliser ses tâches ménagères.

Dans ce contexte, l'assurée a été mise par son médecin généraliste traitant à l'époque, le Dr D_____, en arrêt de travail à 100% du 28 septembre au 16 décembre 2021.

En parallèle, le cardiologue E_____ a, dans son « rapport d'échographie » du 18 novembre 2021, conclu à des contractilité ventriculaire gauche et fraction d'éjection conservées, à un anévrisme du septum interauriculaire et à une insuffisance aortique minime. Du rapport de synthèse du 22 novembre 2021 de ce spécialiste ressort un examen globalement normal ; il y était néanmoins relevé que la patiente, âgée de 55 ans et ayant souffert de COVID-19, présentait comme facteur de risque une obésité importante avec un BMI alors à 42, et que « l'anamnèse actuelle [concernait] une dyspnée plus importante que d'habitude ainsi que, par moments, des palpitations fortes ».

La pneumologue F_____ a, de son côté, le 22 novembre 2021 également, considéré que la « dyspnée d'effort » (diagnostic) dont se plaignait l'intéressée était « probablement à mettre sur le compte de l'obésité morbide et d'un important déconditionnement », « [son] examen clinique [étant] normal, de même que la spirométrie et la mesure de la DLCO ».

6.1.4 En janvier 2022, une reprise du travail a été réalisée à 100% (initialement en télétravail puis en présentiel), suivie le 3 février 2022 d'une première diminution de la capacité de travail à 50% puis le 4 mai 2022 d'une nouvelle incapacité totale de travail.

Au début de cette période, le 27 janvier 2022, le radiologue G_____, radiologue FMH, a réalisé un « bilan dans le cadre d'un COVID long », et, dans son rapport établi à la suite de la « CT thoracique » réalisée le même jour, conclu à : « - Pas d'infiltrat pulmonaire. En particulier, absence de signe de fibrose ou de surinfection. – Pas d'embolie pulmonaire mise en évidence ni argument en faveur d'une maladie thrombo-embolique. – Petite hernie hiatale par glissement. – Stéatose hépatique. – Cholécystectomie ».

En outre, le 5 avril 2022, alors qu'elle était au travail au taux de 50% et qu'elle était alors assise, l'assurée a eu « une sorte de malaise avec pâleur, PC et faiblesse » puis elle « a été couchée par les collègues avec les jambes en haut et la symptomatologie est passée », comme l'a relevé lors de sa visite domiciliaire du même jour le Dr H_____, de GENÈVE-MÉDECINS, selon son rapport du 8 avril 2022. D'après ce médecin, sous « attitude », il s'agissait d'« 1 épisode de malaise type lipothymie sans syncope, chez une patiente qui [était] connue pour un status post-Covid long et qui [présentait] depuis plusieurs mois une instabilité à la marche et de l'équilibre, surtout dynamique difficile ».

De l'avis de la Dre J_____, ce malaise au travail a « décompensé [la situation de la patiente] avec trouble anxieux, dysautonomie importante (intolérance aux multiples stimulations, essoufflement à la parole ou à l'effort, vertige, pertes d'équilibre et crises de tremblements à l'effort) », symptômes qui ont perduré et impliqué un arrêt de travail (questionnaire AI rempli le 20 janvier 2023).

6.1.5 Après s'être inscrite en avril 2022 sur la plateforme RAFAEL, l'intéressée a commencé le 13 juillet 2022, à raison d'en moyenne une fois tous les deux ou trois mois – en raison d'une alternance avec les consultations du Dr I_____ –, son suivi du COVID long auprès de l'unité de consultation ambulatoire de médecine interne générale (UCAMIG) au sein du service de médecine de premier recours des HUG, qui coordonne le suivi médical des patients souffrant de symptômes de COVID long avec un groupe multidisciplinaire composé de médecins de plusieurs services des HUG. La Dre J_____, spécialiste en médecine interne générale, en est la médecin adjointe coresponsable, et elle suit à ce titre la recourante dans le cadre de la consultation COVID long.

Dans son « rapport d'évaluation IP » du 17 octobre 2022, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a résumé l'entretien tenu le 11 octobre 2022 avec l'assurée et a proposé des mesures d'instruction complémentaires. L'intéressée décrivait les symptômes « décharges électriques dans tout le corps, une grande fatigabilité, essoufflement, malaise post-effort » survenant de manière irrégulière. Elle avait besoin de beaucoup de repos et sa mise en route le matin était très

lente ; actuellement, elle était dans l'impossibilité de réaliser ses tâches ménagères lourdes (repassage, ménage, courses), et elle avait besoin de 2 heures pour réaliser les paiements du mois. « Au niveau cognitif, elle [indiquait] ne pas avoir de limitation sur des courtes périodes ». Moralement, « la situation [n'était] pas évidente, ne plus avoir de vie, en avoir marre ». Néanmoins, depuis mai 2022, elle ressentait une évolution positive et se sentait mieux ; elle cuisinait des petites choses, allait au marché et essayait de marcher un peu pour se rendre à ses rendez-vous et effectuait des promenades en campagne.

6.1.6 Dans le questionnaire médical AI rempli le 11 novembre 2022, le Dr I_____, nouveau médecin généraliste traitant depuis le 1^{er} juillet 2022, suivant l'intéressée depuis juillet 2022, a fait état d'un essai de reprise de travail à 50% à compter du 14 novembre 2022, « situation à réévaluer » ; le diagnostic incapacitant était le COVID long ; s'agissant des symptômes, « Madame se [plaignait] d'une fatigue et fatigabilité importante, trouble de la mémoire et de la concentration, difficulté à la mobilisation », la médication actuelle consistant en « Co-lisinopril, sertraline ».

Ce médecin généraliste a cependant attesté un arrêt de travail à 100% à partir du 16 novembre 2022.

La Dre J_____ a à cet égard noté le 20 janvier 2023 : « Essai récent de reprise à 20% mis en échec par un cahier des charges pas adapté aux capacités actuelles de la patiente (plusieurs activités en même temps, contact clientèle, attentes de rendement élevées) ». Toujours dans ce rapport, cette spécialiste du COVID long a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de « syndrome post-COVID / COVID long ». Les symptômes étaient une « fatigabilité, intolérance au bruit et aux multiples stimulations, vertiges, perte d'équilibre et intolérance à l'effort ». Les limitations fonctionnelles consistaient en : « pas d'effort physique, pas de contact clientèle, pas d'exposition au bruit et pas de déplacement à faire. Travail de bureau possible ». Actuellement, la capacité de travail était nulle, mais une reprise progressive et thérapeutique dans des conditions adaptées était envisageable à 20% dans un futur proche, « sous réserve du bilan ORL attendu ».

6.1.7 Les 23 janvier et 3 avril 2023, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a eu des entretiens téléphoniques avec l'intéressée, dont il ressort une absence d'amélioration de son état de santé en janvier 2023 par rapport à l'entretien d'octobre 2022 et une faible évolution entre fin janvier et début avril 2023.

Par communication du 17 avril 2023 intitulée « octroi d'une mesure d'intervention précoce [...] », se référant au dernier entretien téléphonique susmentionné dont il ressortait une volonté, en lien avec la Dre J_____, de tenter une reprise à 20% le 24 avril 2023 (2 heures par jour les lundis, mardis, jeudis et vendredis), la division réadaptation professionnelle de l'office a confirmé avoir pris note de l'activité professionnelle de l'assurée à 20% dès ladite date « avec

l'objectif d'augmenter à [son] taux contractuel en fonction de l'évolution de [sa] santé ».

Comme elle en a fait part lors de l'entretien téléphonique du 3 mai 2023 avec la division réadaptation professionnelle de l'OAI, l'intéressée a effectué les 2 heures de travail prévues le 24 avril 2023 à son poste, mais elle n'a « pas tenu le coup » et a rapidement eu « du brouillard mental », le bruit ambiant rendant également la concentration difficile. Elle a eu de la peine à rentrer chez elle à quelques rues de distance. Elle n'a pas pu retourner au travail le lendemain. Concernant les soins médicaux – prescrits par la Dre J_____ –, elle continuait l'acupuncture, l'hypnose et la physiothérapie.

6.1.8 Dans le questionnaire médical AI rempli le 20 juin 2023, la Dre J_____, a détaillé le status ainsi : « [La patiente] présente toujours des symptômes importants de son syndrome post-COVID, avec en particulier une dysautonomie provoquant des crises de tremblement et transpiration au moindre effort physique, une dyspnée parfois déjà à la parole et une fatigue handicapante. Elle décrit également une intolérance à la surstimulation provoquant des accès de fatigue et les symptômes dysautonomiques. Cette fatigue l'oblige à rester au lit parfois une journée entière si elle a fait trop d'effort la veille ». Le dernier essai de reprise de travail de 20% – le 24 avril 2023 – s'était soldé par un échec en raison des conditions de travail inadaptées posées par l'employeur, mais un nouvel essai au même temps était envisageable si étaient respectées les limitations fonctionnelles, décrites ainsi : « [La patiente] présente une fatigabilité importante rendant impossible une reprise à haut taux d'activité, et surtout sur des durées de travail prolongées. Elle ne supporte pas non plus les stimulations intenses la rendant sensible au bruit et au stress, elle ne peut donc pas être en contact avec des clients ou en poste de réception client. Elle n'est pas capable de réaliser un travail physique (ce qui n'est pas le cas de son emploi) ».

Dans le questionnaire médical AI complété le 23 juin 2023, le Dr I_____ a fait état d'une « stabilité de la situation clinique ». L'accomplissement des tâches ménagères était globalement très difficile ; le ménage était impossible ; la patiente se faisait livrer les courses ; elle faisait la lessive mais difficilement, et elle ne pouvait pas repasser ; elle avait besoin de beaucoup d'aide pour les tâches ménagères.

6.2 Après le prononcé de la décision attaquée, selon le rapport d'évaluation médicale « sur dossier » – produit en procédure de recours – établi le 1^{er} avril 2024 par le neurologue K_____, s'exprimant comme médecin-conseil, l'octroi d'une rente d'invalidité entière ne semble pas justifié sur la base des pièces à disposition. L'instruction n'a pas été complète. Ce spécialiste s'étonne d'une part qu'à plus de trois ans après l'infection par le COVID-19 un tableau subjectif invalidant persiste, alors que le COVID long évolue la plupart du temps de façon favorable, d'autre part que la décision de l'office a été prise sur la base de limitations fonctionnelles de nature plutôt psychique, avec intolérance au

stress, alors qu'aucun bilan psychiatrique n'a été effectué et que l'intéressée ne semble pas suivie sur ce point. Une expertise devrait selon lui être mise sur pied « avec en tout cas un volet psychiatrique, un bilan neuropsychologique, éventuellement de médecine interne ou infectiologie ».

6.3 Dans un avis du 24 mai 2024 résumant les rapports médicaux figurant dans le dossier AI mais ne tenant pas compte – probablement en raison d'une inadvertance – du rapport du neurologue et médecin-conseil K_____ du 1^{er} avril 2024, le SMR résume les rapports médicaux figurant au dossier AI, puis se réfère aux critères diagnostiques formulés par le « Consensus OMS de Delhi [recte : Delphi] (06.10.2021) concernant les symptômes persistants post-COVID-19 ainsi que leur évolution dans le temps » et retient que ces critères sont remplis dans le cas d'espèce. Ainsi, à la date de la décision de l'OAI, la capacité de travail de l'intéressée dans toute activité était nulle. Une révision anticipée à une année de la décision est préconisée.

Dans un avis du 16 juillet 2024, à la demande de la chambre de céans, le SMR inclut le rapport du médecin-conseil K_____ dans son examen et considère qu'en l'absence d'un constat médical, il s'agit de l'appréciation différente d'un même état de fait, ses conclusions du 24 mai 2024 étant dès lors maintenues.

6.4 Il ressort notamment ce qui suit de l'audience tenue le 27 août 2024 dans le cadre de la procédure de recours.

6.4.1 Entendue en audience, la recourante a précisé ce qui suit concernant son besoin de 2 heures pour effectuer les paiements du mois. Elle effectue encore les paiements manuellement sur bulletin de versement ; ces deux heures comprennent uniquement le remplissage des bulletins de versement et le calcul du montant total ; elle a énormément de peine à remplir le formulaire de la banque à laquelle elle envoie ses bulletins de versement, en ce sens qu'elle a des tremblements et une sorte de brouillard mental qui l'empêche de faire un suivi et de se concentrer sur la tâche à faire ; c'est assez difficile de séparer en deux les bulletins de versement, et il lui est très difficile de remplir les cases (nombre de bulletins de versement, montant total, date d'exécution et signature) dans l'ordre adressé à la banque car presque tout le corps tremble. Concernant le classement de ses factures et papiers administratifs, cela fait en tout cas trois ans qu'elle laisse tout dans les fourres par mois et non plus des classeurs comme elle le faisait autrefois ; elle fait au mieux pour retrouver ses documents.

En rapport avec la phrase « Au niveau cognitif, elle [indiquait] ne pas avoir de limitation sur des courtes périodes » figurant dans le « rapport d'évaluation IP » du 17 octobre 2022 de la division réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assurée ne se rappelle pas ce que signifie ne pas avoir des limitations cognitives sur des courtes périodes. Cela varie d'un moment à l'autre. Il y a des moments où elle arrive à se concentrer, mais c'est très court. Par exemple après quelques lignes de lecture d'un livre, elle n'a plus d'énergie. Idem après quelques minutes de radio ou

télévision, ainsi que d'entretien téléphonique. Si elle a un rendez-vous avec son avocat puis chez le médecin, elle doit ensuite se coucher pour le reste de la journée. C'est pourquoi elle essaie de prendre seulement un rendez-vous par jour.

L'intéressée déclare également : « Au 17 octobre 2022, j'avais l'impression d'aller un tout petit peu mieux. Depuis que j'ai été vaccinée le 19 juillet 2021, juste après le vaccin j'ai commencé à me sentir mal dans la salle de repos, avec un goût métallique de clou dans la bouche ; je ne pouvais plus marcher, j'ai mis 45 minutes ou une heure pour rentrer chez moi à trois rues de distance. Depuis lors je ne tiens pas sur mes jambes, j'ai des tremblements, j'ai de la peine à me déplacer, j'ai des malaises lorsque je passe d'une position assise à debout, j'ai des vertiges. Il arrive que pendant un jour j'aie un petit peu mieux (mais c'est beaucoup moins qu'avant le vaccin et avant le COVID fort en octobre 2020), mais ce n'est jamais acquis et le lendemain je peux de nouveau avoir de la peine à sortir du lit et devoir faire des efforts incroyables pour prendre une douche, m'habiller et faire les tâches du quotidien ».

En outre, selon les déclarations de la recourante, sa concentration ne peut être que de courte durée, ayant beaucoup de peine à se concentrer sur une tâche, par exemple les paiements. Concernant la mémoire, elle arrive bien à se souvenir du passé lointain « mais pas de tous les éléments récents (cela dépend) », et dans une conversation, elle cherche ses mots ; par exemple, si elle cherche un nom de rue ou un nom de personne, cela ne vient parfois pas sur le moment mais seulement bien après. Elle n'a plus du tout la même capacité d'attention qu'autrefois où elle avait des responsabilités et était « le n° 2 du service ».

Enfin, à la maison, elle a des tabourets partout, car si elle reste statique debout pendant quelques secondes, elle tremble et doit s'asseoir.

6.4.2 Selon le Dr I_____ entendu en qualité de témoin, sa conclusion d'incapacité totale de travail se base dans un premier temps sur ce que lui a dit la patiente, et qui a été confirmé ensuite par ses propres observations. Il arrive à cette conclusion : « Principalement pour des raisons somatiques et probablement, comme c'est souvent le cas dans ce genre de situation, une souffrance psychique qui peut participer à la diminution de la capacité de travail. En 2023 ma patiente a été vue par un confrère psychiatre de notre clinique la docteure P_____, et à la suite de discussions avec celle-ci, celle-ci et moi-même n'avons pas retenu de diagnostic psychiatrique malgré le fait que la situation induit un certain mal-être. La Sertraline a été introduite par les HUG et vise à réduire l'anxiété induite par la situation. On retrouve en mars 2023 une consultation de neuropsychologie qui précise "absence de dysthymie" ». En outre, selon le médecin généraliste traitant, la recourante est une patiente volontaire qui a toujours été preneuse d'une reprise de travail. Les échecs de telles reprises n'ont pas été dus à un manque de volonté de sa part.

De l'avis du médecin généraliste traitant, la cause principale de l'incapacité de travail est le COVID long. La stéatose hépatique, l'hypertension et le diabète n'ont pas d'effet sur la capacité de travail, mais l'obésité oui « dans les effets de fatigabilité au quotidien et de douleurs articulaires ». Le Co-Lisinopril est prescrit contre la tension artérielle. Depuis qu'il suit l'assurée – à partir de juillet 2022 – en moyenne tous les deux mois, concernant l'évolution de son état de santé, il y a une stabilité sur le plan clinique et une absence d'amélioration concernant le COVID long. Toujours d'après le Dr I_____, dans le cadre du COVID long, il est normal que l'on ne trouve pas de substrats organiques (par des examens pneumologiques, cardiologiques, radiologiques, etc.), car le COVID long est un diagnostic plutôt clinique en ce sens que les examens complémentaires sont normaux mais que l'on trouve des points en faveur de ce diagnostic dans l'histoire du patient et dans les constatations des médecins (tremblements, etc.). Chez l'intéressée, comme souvent en cas de COVID long, il y a une dysautonomie, qui est une modification du système nerveux autonome et qui engendre par exemple des modifications de la tension artérielle qui peut avoir comme conséquence des difficultés à rester debout, de la transpiration, des problèmes d'équilibre, des tremblements, des vertiges (si la tension artérielle est trop basse), ce qui ressort ici de ce que l'intéressée lui a dit et de ce qu'il a pu lui-même observer. Le Dr I_____ a observé l'hypertension artérielle, plutôt liée à l'âge et à l'obésité, en 2022, mais il est possible qu'elle existait déjà auparavant et que le traitement contre l'hypertension contribue à la dysautonomie ; il a constaté aussi des épisodes d'hypotension qui peuvent s'intégrer comme conséquence de la dysautonomie, laquelle est parfois aggravée par le traitement de l'hypertension.

Le médecin généraliste traitant précise de surcroît : « Ma patiente a aussi des limitations dans les tâches quotidiennes. Je le suppose en la voyant à mes consultations, avec ses tremblements, la fatigue, son besoin de s'asseoir (difficulté de rester debout longtemps), et en l'écoutant concernant sa vie au quotidien. Lorsqu'elle est debout, elle doit rapidement s'asseoir, bien plus rapidement que le commun des mortels. Sa mère, qui est aussi ma patiente, évoque les mêmes difficultés concernant [l'assurée] ».

6.4.3 Selon la Dre J_____ entendue en tant que témoin, l'incapacité de travail et les limitations fonctionnelles qu'elle retient concernant l'assurée découlent à 80% des dires de celle-ci et à 20% des constatations objectives en consultation (elle voit sa transpiration, ses tremblements, etc.). Ce sans avoir de doutes. Il y a notamment une cohérence dans ce que la patiente lui raconte. Il y a aussi des physiothérapeutes ou l'intéressée qui lui rapportent des difficultés aux séances de physiothérapie en lien avec les symptômes de vertiges et crises de tremblements. Actuellement, les symptômes incapacitants sont la fatigue (en premier lieu), les vertiges, les tremblements, l'essoufflement, les sudations, « un peu de troubles de la concentration mais de la mémoire ou de l'attention » ; il s'agit de ce qu'on appelle la dysautonomie, soit un ensemble de symptômes qui évoque ce

diagnostic mais que l'on ne peut pas confirmer par un examen spécifique ; la dysautonomie ne peut pas être retenue sur la base d'un examen neurologique mais résulte d'un examen clinique ainsi que l'anamnèse. L'examen neuropsychologique, seul examen spécialisé effectué avec celui ORL, était dans la norme. A aussi été effectué un test de schellong long qui s'est révélé normal (en juillet 2022), ce qui est le cas de la plupart des cas de COVID long. Du point de vue scientifique, il est actuellement difficile de faire le lien entre les symptômes observés et les connaissances médicales qui montrent une persistance dans certains tissus et une inflammation dans d'autres, ce qui reste théorique et explique probablement la diversité des symptômes qui existent dans le COVID long. L'obésité pourrait contribuer à l'essoufflement et aux sudations mais pas aux autres symptômes. Le Co-Lisinopril a été introduit par le Dr I_____ contre l'hypertension artérielle, qui est probablement indépendante du COVID long. La Dre J_____ ne pense pas qu'il y ait une pathologie psychiatrique sous-jacente, même si la patiente, notamment en raison de la procédure de recours, a beaucoup d'anxiété pour son avenir, anxiété qui a été très forte « après un malaise subit lors de sa tentative de reprise en avril 2022 » et qui justifie la prescription de Sertraline.

Toujours d'après la spécialiste du COVID long, la recourante a une capacité de volonté et de travailler. Durant la première année de traitement auprès du service de médecine de premier recours des HUG, il y a eu une évolution favorable qui a permis de passer de 0% à 20% de capacité de travail dans une activité adaptée (depuis janvier 2023), mais il y a très peu d'évolution depuis lors, ni négative ni positive (même s'il n'est pas exclu qu'il puisse y avoir dans le futur une amélioration, sans qu'on puisse la retenir actuellement). A l'heure actuelle, il y a une capacité de travail de 20% (2 heures par jour au maximum seraient réalisables) dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : travail assis, sans efforts, sans facteurs de stress (comme le contact avec la clientèle et le bruit en particulier), et idéalement flexible en termes d'horaires. Le problème dans les tentatives de reprises passées était que ces conditions n'ont pas pu être mises en place. Le contact avec la clientèle et le bruit sont les deux facteurs de stress que le service de médecine de premier recours des HUG a pour l'instant relevés dans les tentatives de reprise. Le télétravail de 2 heures par jour pourrait être une solution favorable, parce que c'est un endroit calme et que l'intéressée pourrait répartir son temps de travail comme elle le veut dans la journée. S'agissant d'une profession envisageable, une activité de secrétaire en « back office » et qui dactylographierait des textes par exemple serait envisageable, même si un tel emploi ne serait pas facile à trouver.

Par ailleurs, selon la Dre J_____, la patiente est extrêmement gênée dans ses activités quotidiennes. Par exemple faire des courses représente un effort énorme, avec des crises de tremblements et de vertiges selon ce qu'elle lui a dit, et elle ne peut prévoir qu'un rendez-vous par jour. Il faudrait éviter la position debout au-

delà de 10 minutes, et « certains jours la position debout de plus 3 minutes n'est pas possible sans qu'on puisse le prévoir ». L'imprévisibilité est un problème majeur de cette maladie, et il y a des jours où les symptômes sont deux fois plus forts que la veille et rendent difficile une sortie de l'assurée de chez elle.

6.5 Parmi les documents médicaux transmis le 10 octobre 2024 – après l'audience – par la Dre J_____ à la chambre de céans, le rapport de « consultation d'otoneurologie » du 16 février 2023 de la Dre L_____, médecin cheffe de clinique au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du département des neurosciences cliniques des HUG, à la suite d'une consultation du 7 février 2023, avec audiogramme tonal et vocal, conclut à des vertiges d'origine indéterminée, dont ladite médecin cheffe de clinique n'explique pas les symptômes, l'examen vestibulaire périphérique étant normal. Pour le reste, le status ORL et l'audiogramme tonal apparaissent normaux.

Le rapport de « consultation médicale cognitive et neurocomportementale » établi le 9 mars 2023 par le Prof. M_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité, et le Dr N_____, médecin interne, du service de neurologie du département des neurosciences cliniques des HUG, pose le diagnostic de COVID long, les comorbidités connues étant une hypertension artérielle, une « obésité avec IMC de 40 ou plus stade Edmonton 3 (13.07.2022) », un syndrome métabolique, ainsi que des « vertiges d'origine indéterminée (en octobre 2022) ». Selon l'« anamnèse actuelle », l'ensemble du tableau est en amélioration depuis la période qui a suivi immédiatement la prise du vaccin PFIZER en juillet 2021. En outre, notamment, l'intéressée ne présente pas de symptomatologie de la lignée anxio-dépressive, et il y a une absence d'hyposmie. En revanche, une dysautonomie POTS a été mise en évidence par le service de médecine de premier recours. Dans le « status neurocomportemental », qui ne paraît rien montrer d'anormal, il est noté, sous « émotions / Comportement » : « Vigilante, collaborante, pas de bradypsychisme, patiente rentre dans la tâche proposée. Tenue et hygiène soignées. Bonne attitude d'écoute et d'attention ». Au titre de l'« efficacité globale », le « Montreal cognitive assessment (MoCA) » donne le résultat de 30/30. Sous « discussion », les deux médecins précités notent que la patiente présente un tableau clinique compatible avec un syndrome COVID long, avec un retentissement socio-professionnel important. Sont néanmoins notées des échelles cognitives de dépistage dans les limites de la norme, ainsi que l'absence d'éléments en faveur d'une composante dysthymique associée et d'éléments anamnestiques en faveur d'un syndrome d'apnée du sommeil.

À teneur du rapport de « consultation médicale cognitive et neurocomportementale » établi le 13 juillet 2023 par le Prof. M_____ seul, sous l'« anamnèse actuelle », l'assurée ne constate que peu d'amélioration depuis la consultation de mars 2023. Les troubles cognitifs (oubli des faits récents, blocage sur l'utilisation des objets) sont toujours présents. La fatigue est en légère amélioration depuis la diminution des activités de la patiente, celle-ci ne

prévoyant plus qu'une activité par jour. Par ailleurs, il n'y a pas de perturbation du sommeil. Le Prof. M_____ « valorise » les actions entreprises (marche, hypnose, acupuncture) ainsi que l'amélioration de la fatigue, et encourage la recourante à poursuivre une activité physique journalière d'intensité légère afin de lutter contre le déconditionnement physique. Il n'y a pas de fixation d'un nouveau rendez-vous.

6.6 Dans son avis du 5 novembre 2024 tenant compte des derniers éléments instruits, le SMR « remarque que les symptômes à type malaises relatés par l'assurée sont aspécifiques et peuvent évoquer une dysrégulation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque en lien avec une dysautonomie. Cette condition est fréquemment associée au diabète mellite ainsi que récurrente dans cadre du COVID long, possiblement majorée par les effets secondaires du traitement médicamenteux (antihypertenseur, hypoglycémiant, antidépresseur). Différemment de la majorité des symptômes persistants post COVI-19 cette condition peut être objectivée (test de Schellong, tilt table test, etc.) et prise en charge. [À la ligne] Dans le cas d'espèce, la démarche diagnostique n'a pas été finalisée et les mesures thérapeutiques (dont la modulation des différents traitements) ne sont pas au dossier. [À la ligne] Ainsi remarquons qu'à ce stade il demeure compliqué de faire la part des choses entre les traitements persistants post COVID-19, le déconditionnement global, les complications du syndrome dysmétabolique et les effets iatrogènes du traitement médicamenteux. [À la ligne] Compte tenu de ce qui précède, le SMR considère que les pièces médicales versées au dossier ne modifient pas l'appréciation du cas et maintient ses conclusions telles que figurant dans son avis du 24.05.2024 ».

7.

7.1 Au regard des faits qui précèdent, la recourante a été traitée par le service de médecine de premier recours des HUG, à savoir un service compétent et spécialisé pour le traitement du COVID long dans le canton de Genève.

D'après les déclarations de la Dre J_____, à tout le moins à la date de l'audience (du 27 août 2024), les symptômes incapacitants de l'assurée sont la fatigue (en premier lieu), les vertiges, les tremblements, l'essoufflement, les sudations, « un peu de troubles de la concentration mais de la mémoire ou de l'attention » ; il s'agit de ce qu'on appelle la dysautonomie, soit un ensemble de symptômes qui évoque ce diagnostic mais que l'on ne peut pas confirmer par un examen spécifique.

Certes, sur la base d'un examen sommaire, au vu du dossier AI, ainsi que de l'instruction en procédure de recours, y compris l'audition de la recourante et des Drs I_____ et J_____, la reconnaissance d'un COVID long paraît *prima facie* reposer sur des examens cliniques sérieux qui ont été effectués par le service au sein des HUG qui est reconnu au plan national comme compétent et spécialisé pour le suivi de cette maladie nouvellement connue.

En outre, il est vrai que le COVID long peut, sous certains aspects, présenter la caractéristique d'être difficilement objectivable par des mesures aux moyens d'appareils ou d'images.

De surcroît, les plaintes de l'intéressée paraissent *prima facie* cohérentes entre elles ainsi que par rapport aux circonstances extérieures et au déroulement des faits.

Enfin, le dossier laisse apparaître plusieurs tentatives de reprises d'emploi par l'intéressée et une volonté de celle-ci, apparemment sincère, de retrouver son travail.

7.2 Certes, on peut penser que, si des médecins, en particulier des spécialistes, concluent à des symptômes incapacitants même non objectivables mais considérés, sous l'angle notamment de la plausibilité, comme découlant directement de l'infection par le COVID-19 ou de la vaccination contre celui-ci, ceci pourrait constituer le cas échéant un élément important à prendre en compte en faveur de la reconnaissance d'une invalidité totale ou partielle (*a contrario* par rapport à l'ATF 132 V 65 consid. 4.1, qui relève en particulier qu'en cas de diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées, ce qui rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé).

7.3 Cela étant, la question se pose de savoir si les rapports du service des HUG susmentionné et du médecin généraliste traitant étaient suffisamment probants pour justifier, à eux seuls et avec les notes de la division réadaptation professionnelle de l'OAI, l'octroi d'une rente AI.

7.4 Or sur la base d'un examen sommaire du dossier, les rapports et explications des Drs I_____ et J_____ apparaissent en l'occurrence insuffisants.

7.4.1 Est en particulier manquant un bilan circonstancié en médecine interne (voire aussi, si besoin, en infectiologie) servant à confirmer le diagnostic de COVID long en tenant compte des diagnostics différentiels d'autres causes, à relever l'anamnèse détaillée de la maladie et des symptômes, à discerner les symptômes consécutifs aux lésions directes des organes, à identifier les autres disciplines éventuellement nécessaires (par exemple cardiologie, pneumologie) et à établir la plausibilité, l'origine et l'intégration des autres résultats des examens du point de vue virologique et infectieux, indépendamment même de l'absence de questionnaire EPOCA (*cf.* à ce sujet Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, p. 15 s.).

Au surplus, des informations et documents relatifs à l'infection aiguë en octobre 2020 et à la réception de la première dose de vaccin anti-COVID en juillet 2021 ainsi qu'à leurs suites immédiates sont absents du dossier AI.

7.4.2 De surcroît, d'une manière générale, à teneur de la Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, les déficits d'attention, de mémoire, de rapidité et de flexibilité mentales (fonctions exécutives), ainsi que la fatigabilité accrue et le malaise post-effort sont les symptômes neuropsychologiques les plus fréquemment rapportés en cas de COVID long. L'expertise neurologique sert à identifier les séquelles objectives d'un COVID-19 dans le système nerveux central et périphérique, par l'examen clinique et, si besoin, des examens complémentaires (par exemple IRM, ENMG), et d'identifier l'origine des symptômes neurologiques et neurocognitifs dans ce contexte. L'expertise neuropsychologique sert à identifier et objectiver les déficits neurocognitifs et la fatigue chronique et à valider les symptômes ; elle est décrite de manière détaillée dans la recommandation susmentionnée (*cf.* Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, p. 15 s. ; *cf.* aussi, à ce sujet, Isabelle DELÉVAUX/Catherine BRAILLARD/Ioannis KOKKINAKIS/ Bernard FAVRAT [docteurs auprès d'UNISANTÉ à Lausanne], Covid long neuropsychiatrique et assurance invalidité [AI], *in Rev Med Suisse* 2023 p. 992 s.).

Or la recourante se plaint, à tout le moins en partie, de tels symptômes.

Dans ces conditions, par rapport aux conditions requises pour l'octroi d'une éventuelle rente AI, les examens effectués en l'occurrence par les HUG aux plans neurologique et neuropsychologique, limités apparemment à un MoCA, sont clairement insuffisants.

7.4.3 Par ailleurs, aucune investigation au plan psychiatrique, même courte, n'apparaît avoir été mise en œuvre par les Drs I_____ et J_____.

En audience, ceux-ci se contentent d'estimer qu'il n'y aurait pas une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Ce alors même que, de leur propre aveu, la patiente a un certain mal-être et, notamment en raison de la procédure de recours, beaucoup d'anxiété pour son avenir, anxiété qui a été très forte « après un malaise subit lors de sa tentative de reprise en avril 2022 » et qui justifie la prescription de Sertraline.

Or, si l'on se réfère à la Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, dans le cadre de l'examen neuropsychologique, en cas de signes de troubles psychiatriques (par exemple anxiété, dépression, stress post-traumatique, etc.) dans le questionnaire EPOCA ou à l'examen clinique, il conviendrait de faire intervenir un ou une psychiatre (*cf.* Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, p. 16).

Dans ce contexte, il aurait fallu procéder à un examen au plan psychiatrique, qui aurait notamment pu déterminer l'importance d'éventuelles troubles psychiques, antécédents et facteurs psychosociaux suivant les recommandations psychiatriques générales (*cf.* à ce sujet Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, p. 18).

7.4.4 On peut également s'interroger au sujet de l'absence d'investigations au sujet de la « dyspnée à l'effort » – ou essoufflement – par les médecins ayant suivi l'assurée à partir de juillet 2022, qui se sont apparemment contentés de se référer au rapport, bien antérieur, de la Dre F_____.

Il n'est en l'état pas exclu qu'en présence d'un tel symptôme et vu les circonstances apparues au premier semestre (notamment dans le cadre de reprises de travail), de nouveaux examens précis au plan pneumologique seraient justifiés (*cf.* Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, p. 17).

7.4.5 De surcroît, ni la Dre J_____ ni le Dr I_____ ne semblent *prima facie* s'être suffisamment intéressés à l'éventuelle portée propre de l'obésité et de l'hypertension artérielle, laquelle est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires, alors que le surpoids et les maladies cardiovasculaires sont des comorbidités médicalement documentées par rapport au COVID long (*cf.* à ce sujet l'étude réalisée sur mandat de l'OFAS et rendue publique le 30 janvier 2025, p. 11 s. et p. 21 s.).

7.5 Vu ce qui précède, le dossier de l'intéressée apparaît en l'état insuffisamment instruit au plan médical.

Au regard des circonstances du cas, notamment du fait que l'intéressée n'a pas souffert d'une forme grave d'infection au COVID-19 avec des complications dans certains organes, mais d'une infection certes aiguë mais néanmoins modérée et sans atteinte connue à des organes, il convient d'ordonner une expertise – judiciaire – en médecine interne (voire aussi, si besoin, en infectiologie) et en neurologie/neuropsychologie, accompagnée à tout le moins d'examens neuropsychologiques approfondis et d'un examen psychiatrique approprié, ainsi que le cas échéant de rapports complémentaires portant sur d'autres domaines médicaux concernés (*cf.* Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19, p. 14 à 18).

Cette expertise judiciaire tiendra compte, dans toute la mesure pertinente, des principes, y compris celui de la plausibilité, énoncés par la Recommandation de médecine d'assurance post-COVID-19. Elle prendra également en compte la procédure probatoire structurée selon les indicateurs développés par le Tribunal fédéral, à tout le moins pour les symptômes, somatiques ou psychiques, non confirmés par des examens d'imagerie et/ou d'appareils – donc non objectivables – (*cf.* plus haut consid. 6.3.2) et importants, dont souffre la recourante et qui ont potentiellement une répercussion sur sa capacité de travail (*cf.* à ce sujet consid. 6.3.1 et 6.3.2 ci-dessus ; en particulier ATF 143 V 418 ; 141 V 281), notamment la fatigue (pour l'EM/FSC, *cf.* ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3).

Les experts établiront un rapport détaillé commun, le cas échéant des rapports d'expertises séparés accompagnés d'une évaluation consensuelle.

Dans ce cadre, la Dre P_____ devra être questionnée par les experts au sujet de ses constatations effectuées lors de la consultation psychiatrique en 2023.

En outre, la recourante présentera aux experts, à leur demande, tous renseignements et documents utiles – dont elle dispose – relatifs à l’infection aiguë en octobre 2020 et à la réception de la première dose de vaccin anti-COVID en juillet 2021 ainsi qu’à leurs suites immédiates.

7.6 En réponse aux remarques complémentaires formulées le 19 mars 2025 par la recourante, il y aura à tout le moins un examen psychiatrique approprié, qui permettra d’évaluer si une expertise psychiatrique approfondie est ou non nécessaire. Si ceci est nécessaire, une expertise approfondie au plan psychiatrique sera réalisée.

Il est en outre précisé que l’expert/e neuropsychologue ne participera pas à l’appréciation consensuelle du cas, celle-ci étant réservée aux experts médecins (cf. ch. 16 du dispositif de la présente ordonnance).

8.

8.1 L’intimée, dans son écriture du 21 mars 2025, conclut à la récusation d’UNISANTÉ dans son entier, vu la qualité de consultant auprès de ce centre d’expertises du médecin-conseil de la caisse de pensions, le Dr K_____.

8.2 Aux termes de l’art. 44 LPGA dans sa version en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 – et applicable à tout le moins par analogie à une expertise judiciaire –, si l’assureur doit recourir aux services d’un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l’expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. En vertu de l’al. 2 du même art. 44 LPGA dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, si l’assureur doit recourir aux services d’un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d’une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l’art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours. Selon l’art. 36 al. 1 LPGA, les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l’affaire ou si, pour d’autres raisons, elles semblent prévenues.

Les objections que peut soulever l’assuré à l’encontre de la personne de l’expert peuvent être de nature formelle ou matérielle; les motifs de récusation formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGA); d’autres motifs, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d’adéquation personnelle de l’expert, sont de nature matérielle (ATF 132 V 93 consid. 6.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.3). S’agissant des motifs de récusation formels d’un expert, il y a lieu selon la jurisprudence d’appliquer les mêmes principes que pour la récusation d’un juge, qui découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et

impartial garanti par l'art. 30 al. 1 Cst. - qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH - respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), qui assure à cet égard une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les expertises médicales en droit des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences élevées quant à l'impartialité de l'expert médical (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les arrêts cités).

Dans le cas tranché par ledit arrêt, le Tribunal fédéral considère que la situation de deux médecins spécialistes en chirurgie orthopédique (les docteurs C. et E.) qui partagent les locaux et les frais d'un petit cabinet de groupe n'est pas comparable à celle de deux médecins psychiatres qui oeuvrent parallèlement au sein d'un même centre d'expertise pluridisciplinaire. En effet, l'appartenance à un même centre d'expertise, qui n'implique normalement pas une présence régulière dans les mêmes locaux, n'est pas de nature à favoriser des liens plus étroits que ceux pouvant exister entre des spécialistes qui se croisent à l'occasion hors de leur lieu de travail habituel (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_1058/2010 du 1er juin 2011 consid. 4.6). Il en va en revanche différemment de deux médecins qui, à l'instar des docteurs C. et E., travaillent tous les jours dans les mêmes locaux au sein d'un petit cabinet de groupe dont ils partagent les frais. De tels contacts quotidiens doublés d'une communauté d'intérêts économiques à travers le partage des frais constituent des éléments objectifs suffisants - au vu des exigences élevées posées à l'impartialité des experts médicaux - pour faire naître à tout le moins une apparence de prévention lorsque l'un des associés est désigné comme expert par un assureur social alors que son associé a déjà émis un avis médical sur le cas en tant que médecin-conseil dudit assureur (ATF 148 V 225 consid. 5.3 et les arrêts cités).

8.3 En l'occurrence, contrairement à ce que soutient l'intimée, le fait que dans l'entête – probablement préimprimée – du rapport d'évaluation du Dr K_____ figure la mention qu'il est expert consultant notamment auprès d'UNISANTÉ ne signifie en soi pas qu'il s'y exprimerait « en qualité de membre et/ou représentant de cette unité ».

On ne se trouve ici pas dans la situation de médecins travaillant ensemble dans un petit cabinet. En effet, le Dr K_____ exerce en qualité d'indépendant, hors du

centre universitaire d'expertises médicales qu'est UNISANTÉ. Rien ne permet de supposer que les experts d'UNISANTÉ qui vont se pencher sur le cas de l'intéressée ne pourront pas effectuer leurs propres appréciations de manière impartiale et libre par rapport au Dr K_____, ce d'autant moins que ce dernier n'a pas examiné l'assurée et qu'il a principalement fait état d'une nécessité d'une instruction complémentaire sous forme d'expertise pluridisciplinaire sans se prononcer de manière définitive sur le fond.

Au vu de la jurisprudence précitée, il n'existe pas d'apparence de prévention à l'encontre d'UNISANTÉ.

Le Dr K_____ ne participera en aucune façon à l'expertise judiciaire, demande qui est faite à la Dre O_____, et, comme mentionné dans la lettre de la chambre de céans du 4 mars 2025, le département de neurologie du CHUV pourrait le cas échéant se charger du volet neurologique.

Pour le surplus, ne ressort pas du dossier une impossibilité de l'assurée de se rendre à Lausanne pour y être examinée par les experts d'UNISANTÉ, étant en outre relevé que cette institution dispose d'une expérience dans les expertises en matière de COVID long.

9. La suite de la procédure, en particulier au fond, est réservée.

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

Statuant préparatoirement

- A. Rejette la demande de récusation formulée par B_____ contre l'unité d'expertises médicales (DVMS) d'UNISANTÉ, et dit que celle-ci ne fera participer le docteur K_____ en aucune façon à l'expertise judiciaire à réaliser.
- B. Ordonne une expertise judiciaire pluridisciplinaire, avec une base à tout le moins en médecine interne générale (voire aussi, si besoin, en infectiologie) ainsi qu'en neurologie et neuropsychologie, confiée à l'unité d'expertises médicales (DVMS) d'UNISANTÉ, en la personne des _____.

Les experts ont pour mission :

- d'examiner et d'entendre B_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure de recours, en prenant tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, y compris la docteure P_____, en choisissant une ou un neuropsychologue pour un examen neuropsychologique approfondi, ainsi qu'une ou un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour un examen psychiatrique approprié, voire si nécessaire une expertise approfondie au plan psychiatrique, en requérant le cas échéant des rapports complémentaires portant sur d'autres domaines médicaux concernés, et en s'entourant au besoin d'avis de tiers, le cas échéant sous forme d'examen par d'autres spécialistes ;
 - cela fait, de rédiger leurs rapports d'expertise répondant à tout le moins aux questions énoncées ci-après – avec la possibilité d'utiliser aussi dans la mesure utile les recommandations de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en matière d'expertises médicales –, et d'effectuer ensemble une appréciation consensuelle du cas, s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris l'appréciation en matière de limitations fonctionnelles et de capacité de travail.
- C. Charge l'expert/e _____ **d'effectuer les examens neuropsychologiques nécessaires, demandés par les experts médecins désignés, et de rédiger un rapport à la suite de ces examens.**
- D. Charge les experts médecins _____ *(AUX PLANS ...)* **d'établir des rapports détaillés 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 (si possible 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 Se prononcer sur la plausibilité et la cohérence des troubles et des symptômes ainsi que de leur origine (causes), et déterminer le degré de sévérité des restrictions, en prenant en compte notamment la « Recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid-19 en Suisse » publiée le 31 juillet 2023 par la *Swiss insurance Medicine* (SIM) et le groupe de travail post-Covid-19 - Médecine d'assurance, de l'Hôpital universitaire de Bâle, de même que la procédure probatoire structurée selon les indicateurs développés par le Tribunal fédéral (à tout le moins pour les symptômes, somatiques ou psychiques, non objectivables).

4.6 Qu'en est-il des symptômes tels que les problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante ? Question à faire investiguer notamment par la ou le neuropsychologue.

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 octobre 2020 (infection au COVID-19), les experts devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 23 octobre 2023 (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 alléguées par la personne expertisée).

- 4.9 Y a-t-il une exagération des symptômes ou une 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) ?
- 4.10 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 et leur apparition / évolution dans le temps, en relation avec chaque diagnostic

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'éventuelle 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.
- 9.1.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
- 9.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?
- 9.1.3 Si seulement partiellement, à quel taux ?
- 9.1.4 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ou nulle dans son activité lucrative habituelle, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à des limitations fonctionnelles ? Préciser les dates et indiquer le taux de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité adaptée pour chaque diagnostic, et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2.1 Si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée, ou seulement partielle, pourquoi ?
- 9.2.2 S'il existe une capacité de travail – même très partielle – dans une activité adaptée, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.3 Quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ?

9.2.4 À quel taux ?

9.2.5 Depuis quelle date la capacité de travail de la recourante est-elle réduite ou nulle dans une activité lucrative adaptée, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?

9.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité).

9.4 En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis octobre 2020 ?

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

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

10. Traitement

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

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

10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

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

11. Prendre en considération les examens et le rapport au plan neuropsychologique

12. Appréciation d'avis médicaux du dossier

12.1 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins ayant traité la recourante, notamment ceux des docteurs I_____ et J_____ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

13. Quel est le pronostic ?

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

15. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

16. Effectuer **une appréciation consensuelle du cas**, s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris

l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles.

E. Invite les experts _____ à déposer, **dans les meilleurs délais**, leurs rapports respectifs et leur appréciation consensuelle en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

II. Réserve la suite de la procédure, en particulier au fond.

III. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. La présente ordonnance et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être jointes à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le