

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4001/2024

ATAS/302/2026

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 10 avril 2026**

**Chambre 4**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente.**

---

### EN FAIT

- A.** a. A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le \_\_\_\_\_ 1978, veuve depuis août 2019 et mère de trois enfants, nés en 1996, 1998 et 2006.
- b. Elle a travaillé auprès de B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) à 100% comme commise administrative dès 2009. Auparavant, elle a été indépendante dans le commerce de 1998 à 2005. Elle a obtenu un diplôme d'aide comptable en 2009. En 2008, elle a suivi un cours d'initiation à l'informatique et à l'écriture et obtenu une attestation de formation en gestion d'un budget et moyens de désendettement. Elle a suivi des cours de français en 1997.
- B.** a. L'assurée a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 20 juin 2023, au motif qu'elle était incapable de travailler à 100% dès le 19 janvier 2023 en raison d'une dépression (épisode dépressif récurrent depuis 2020), d'une fibromyalgie, d'une radiculopathie L4-L5 et d'une blessure au genou.
- b. Selon un rapport établi le 6 juillet 2023 par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée était suivie à la Clinique D\_\_\_\_\_ depuis le 22 janvier 2021 par une psychologue, un assistant social et un psychiatre. Auparavant, elle avait été suivie depuis 2019 par la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour des problèmes de sommeil, de dépression et d'anxiété, en lien avec le décès de son mari et des difficultés avec ses trois enfants. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Plusieurs antidépresseurs avaient été essayés, mais mal supportés par l'assurée. Actuellement, elle était sous Fluoxétine 20 mg par jour, Laitea, Relaxane, Dormiplant, Sanalepsi et Seresta (en réserve). Elle prenait également un traitement prescrit par son généraliste à base d'antalgiques et d'anti-inflammatoires pour les douleurs liées à des hernies discales et à la fibromyalgie. Elle avait en outre un problème de surdité de 40% à gauche. Elle bénéficiait d'une psychothérapie de soutien par son psychiatre à raison d'une fois par mois et d'une psychothérapie par une psychologue à raison d'une fois par semaine. Elle faisait régulièrement de la cohérence cardiaque et était suivie par un physiothérapeute. Il y avait une stagnation clinique. Elle continuait à avoir des signes dépressifs et anxieux ainsi que des plaintes somatiques. Une amélioration lente et progressive était attendue. Elle garderait une fragilité et un risque de décompensation important à vie. Depuis janvier 2021, son évolution était fluctuante. Elle dépendait de son environnement et de sa capacité à gérer le stress. Elle rencontrait en permanence des difficultés personnelles, familiales et professionnelles. Elle avait régulièrement des rechutes dépressives d'intensité variable, de légères à sévères. Elle montrait une bonne compli ance au suivi psychothérapeutique. Un dosage plasmatique par rapport à la zone thérapeutique était prévu après adaptation du dosage de son traitement psychotrope. Elle manifestait des effets indésirables importants. Ses limitations étaient un trouble de la concentration, un trouble de la mémoire, une fatigue en lien avec un trouble du

sommeil, des douleurs diffuses, particulièrement niveau du dos et de la jambe gauche, une lenteur au niveau de l'exécution, une lenteur idéative et une labilité émotionnelle, qui lui générèrent des difficultés relationnelles. Elle s'isolait. Elle avait une aide au ménage par une personne qu'elle rémunérait. Elle avait des difficultés à gérer son dernier enfant qui avait 17 ans et vivait avec elle. Elle n'avait pas d'activité sociale. Elle n'était pas en mesure de reprendre son activité professionnelle en raison de ses limitations fonctionnelles et d'une mauvaise gestion du stress. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité. Les difficultés d'ordre psychique étaient multiples et incapacitantes

**c.** Selon une note de travail et d'intervention précoce du 20 novembre 2023, la psychologue de l'assurée avait évoqué pour celle-ci une situation très complexe avec beaucoup de problèmes de santé et familiaux. Son mari avait été toxicomane et était décédé trois ans auparavant. Deux de ses enfants avaient des comportements violents et le troisième souffrait d'un trouble autistique. L'assurée était très sollicitée par sa vie familiale et en proie à des douleurs diffuses et des difficultés psychiques multiples, si bien que la prise en charge thérapeutique était compliquée. Son état de santé ne permettait pas d'entrevoir une mobilisation à visée professionnelle actuellement. Au vu de sa situation, des mesures d'intervention précoce ne se justifiaient pas. Aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement.

**d.** Le 24 janvier 2024, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a indiqué que l'assurée était totalement incapable de travailler dès le 20 janvier 2023. Elle souffrait d'une hernie discale L4-L5, de lombalgies chroniques et d'un syndrome anxiodépressif chronique. Elle était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. Ses limitations étaient la station assise et debout prolongée. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%. Le pronostic sur la capacité de travail de l'assuré était médiocre. La dépression faisait obstacle à la réadaptation professionnelle.

**e.** Sur questions du SMR, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué, le 12 avril 2024, avoir observé une stagnation clinique de l'état de santé de l'assurée depuis le 6 juillet 2023 avec des facteurs environnementaux de stress accentués. Il avait constaté, comme symptômes en lien avec son état dépressif, une anhédonie, une irritabilité, un trouble de la concentration, un trouble de la mémoire, des difficultés au niveau de la gestion émotionnelle et un sentiment de culpabilité. L'assurée montrait une labilité émotionnelle. Elle avait une baisse de l'estime de soi, une tension psychique élevée et elle se plaignait de douleurs multiples. Elle n'avait pas supporté la Fluoxétine, le Saroten ni la Sertraline. Il avait évoqué une fibromyalgie sans examen rhumatologique posant formellement ce diagnostic. L'anamnèse avait été récoltée auprès de l'assurée. Actuellement, une activité adaptée n'était pas possible, car elle était souvent agitée et irritable. Elle pleurait fréquemment et se mettait en colère. Aucune capacité de travail ne pouvait être

retenue dans une activité adaptée en raison de ses difficultés relationnelles, de son intolérance à la frustration et d'un manque d'adaptabilité aux règles.

**f.** Une expertise a été confiée par l'OAI au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, de I\_\_\_\_\_ (ci-après : I\_\_\_\_\_). Selon l'évaluation interdisciplinaire des experts, sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait des lombalgies sans signe radiculaire déficitaire. Il n'y avait pas d'argument clinique franc pour une maladie rhumatismale inflammatoire ou auto-immune malgré la présence d'un léger syndrome inflammatoire et d'un facteur rhumatoïde faiblement positif. L'activité habituelle était tout à fait adaptée, car l'assurée rapportait une alternance des positions assise et debout, très peu de marche et pas de position agenouillée, ce qui correspondait au profil actuel. Sa capacité était de 90% avec une baisse de rendement de 10%, compte tenu du déconditionnement et de la fatigue en raison de la fibromyalgie et des atteintes dégénératives multiples, pour une durée de six mois à un an. Ensuite, une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle paraissait adaptée.

L'expert rhumatologue a examiné les points de fibromyalgie et confirmé ce diagnostic. Il a également posé d'autres diagnostics somatiques sans effet sur la capacité de travail, la gravité des troubles étant qualifiée de légère. L'assurée rapportait prendre du Voltaren, de l'Irfen, du Sirdalud et du Dafalgan. Elle ne faisait pas de physiothérapie. Le déroulement de la thérapie s'était fait selon les règles, mais les possibilités thérapeutiques n'avaient pas toutes été épuisées. On pourrait encore confier l'assurée à un centre de la douleur pour une prise en charge multimodale (avec l'apprentissage de l'autohypnose, des séances d'acupuncture, de la mésothérapie, de la simulation électromagnétique, du TENS, et de la perfusion de lidocaïne-kétamine). En conclusion, l'assurée était capable de travailler à 100% comme commise dans l'administration. Sa performance était réduite de 10% en raison des atteintes dégénératives multiples et du déconditionnement, ce qui justifiait des pauses, pour une durée de six mois à un an pour atteindre 0%.

**g.** Le 26 août 2024, le SMR a estimé que l'expertise était probante.

**h.** Par projet de décision 17 septembre 2024, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, ce qu'il a confirmé dans sa décision du 29 octobre 2024.

**C. a.** Le 2 décembre 2024, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en produisant :

- un rapport établi le 27 novembre 2024 par le docteur J\_\_\_\_\_, médecine générale et ORL, qui indiquait qu'elle présentait un ensemble de pathologies chroniques et dégénératives qui affectaient significativement sa qualité de vie. Ces symptômes comprenaient des douleurs lombaires, des troubles articulaires

multiples (genoux et hanches) et un syndrome anxiodépressif avec des symptômes de fibromyalgie.

- un rapport établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 25 novembre 2024, dont il ressortait qu'elle était suivie par ce dernier depuis 2021. Elle présentait des symptômes de type post-traumatique à la suite du décès de son mari et des années vécues avec lui durant lesquelles elle avait été victime de violences physiques et psychiques. La situation avec ses deux autres enfants était très conflictuelle à la suite du décès de son mari. Elle avait dû arrêter de travailler suite au diagnostic de fibromyalgie posé en 2023 et de ses divers symptômes psychiques. En raison de son trouble dépressif récurrent, dont l'épisode était actuellement moyen, avec syndrome somatique, elle avait des troubles du sommeil de type insomnie, de la fatigue, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire, des troubles relationnels, de l'irritabilité et parfois de l'agitation au niveau psychomoteur, des difficultés au niveau des déplacements et de la posture à cause des douleurs, des céphalées, des pleurs réguliers, une forte anxiété, un besoin de s'isoler, des idées noires sans projet de passage à l'acte, des difficultés au niveau de la gestion du stress et des émotions, une anhédonie et une perturbation de l'appétit. Sa capacité de travail était de 0%.
- un rapport psychologique établi le 25 novembre 2024 par K\_\_\_\_\_, psychologue FSP, supervisée par L\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP. La première citée suivait l'assurée depuis le 30 octobre 2024. L'histoire de celle-ci était marquée par des violences conjugales physiques et psychologiques, qui avaient profondément impacté plusieurs années de sa vie. Par la suite, elle avait développé des symptômes de stress post-traumatique. À cela s'ajoutaient des difficultés relationnelles persistantes avec ses enfants, qui contribuaient à maintenir un climat émotionnel éprouvant. Cette conjonction de facteurs avait entraîné une dégradation progressive de son état mental et physique. Lors de leurs échanges, comprenant une consultation en personne le 30 octobre 2024 et deux entretiens téléphoniques les 11 et 18 novembres 2024, l'assurée avait témoigné d'une souffrance émotionnelle et physique significative. Elle présentait un tableau clinique où dominait une dépression sévère, se traduisant par une énergie extrêmement basse, une perte de motivation et des difficultés marquées à réaliser les tâches quotidiennes et à se lever du lit. Elle décrivait un profond désespoir face à sa situation ainsi qu'à gérer ses douleurs chroniques liées à la fibromyalgie. Celle-ci était combinée à une lenteur psychomotrice et à des troubles de la mémoire et de la concentration qui entravaient considérablement son fonctionnement quotidien. Elle faisait également état d'une anxiété élevée l'amenant à rechercher fréquemment l'isolement. Elle rapportait des troubles du sommeil persistants incluant des insomnies, une fatigue omniprésente et des épisodes réguliers de pleurs témoignant de l'intensité de sa détresse émotionnelle. Elle exprimait

des idées noires, mais aucun projet suicidaire concret n'avait été évoqué. L'ensemble de ces symptômes reflétait une souffrance globale autant sur les plans psychologique que somatique. Actuellement, l'assurée se trouvait dans une situation de grande vulnérabilité marquée par une souffrance psychologique et physique significative. Ses douleurs chroniques liées à la fibromyalgie, les tensions familiales persistantes et les séquelles de son vécu traumatique impactaient lourdement ses capacités à fonctionner au quotidien. Son état général, caractérisé par une énergie réduite et une démotivation marquée, limitait sa capacité à répondre aux exigences de la vie courante et renforçait son sentiment de désespoir et d'impuissance. Ses ressources personnelles apparaissaient fortement amoindries laissant entrevoir une difficulté majeure à améliorer sa situation sans un soutien extérieur.

- un rapport établi le 17 mars 2023 à la suite d'une IRM lombaire, du bassin et de la hanche gauche.
- un rapport établi le 1<sup>er</sup> juillet 2024 à la suite d'une IRM du genou gauche.
- un rapport établi le 29 août 2024 à la suite d'une IRM lombaire.

**b.** Par réponse du 7 janvier 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le SMR avait pris connaissance des nouvelles pièces médicales produites par la recourante et, dans son avis du 19 décembre 2024, il estimait que l'évaluation du Dr C\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie, dès lors que celui-ci ne fournissait aucun status et ne faisait que relayer les plaintes subjectives de la recourante. Les conclusions médicales de l'expert psychiatre n'étaient donc pas remises en cause par ce rapport. Ce dernier était par ailleurs peu motivé et n'avait pas la force probante d'une expertise.

Il en allait de même du rapport psychologique du 25 novembre 2024, qui évoquait une dépression sévère, ce qui était discordant par rapport à l'avis du psychiatre traitant, qui évoquait un état d'un épisode dépressif moyen. La psychologue évoquait également un état de stress post-traumatique alors que ce diagnostic n'avait jamais été mentionné auparavant. Les psychologues n'étaient pas compétents pour poser un diagnostic psychiatrique de manière probante. L'IRM lombaire du 29 août 2024 ne montrait pas de changement significatif par rapport à celui du 17 mars 2023, qui était en possession des experts. L'IRM du genou gauche du 1<sup>er</sup> juillet 2024 figurait également parmi les documents mis à leur disposition et l'expert rhumatologue en avait tenu compte.

**c.** Par réplique du 17 mars 2025, la recourante a fait valoir que le rapport du SMR n'était qu'une reprise des rapports précédents. L'absence de status psychiatriques des rapports du Dr C\_\_\_\_\_ n'était pas un critère de validité de ceux-ci, car le statut psychiatrique fixait la temporalité du rapport à un examen du patient. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait émis son rapport sur la base du suivi et en pleine connaissance de son dossier. S'agissant des atteintes rhumatologiques, l'intimé se référait à l'expertise, qui retenait notamment un syndrome lombaire sur des

conditionnements musculaires ainsi que d'autres atteintes (coxarthrose, atteinte méniscale) ainsi qu'une fibromyalgie, mais il considérait qu'il existait une pleine capacité dans l'activité habituelle. Il ressortait toutefois du courrier adressé le 26 février 2025 par le Dr H\_\_\_\_\_ au docteur M\_\_\_\_\_, de la Consultation de la douleur, que ce médecin considérait que les causes douloureuses au niveau du rachis étaient liées à une atteinte arthrosique manifeste et non à un simple syndrome lombaire. Il ressortait également de cet avis qu'en raison de ses atteintes, la recourante présentait des douleurs qui justifiaient pleinement un suivi au Centre de la douleur. Il était ainsi difficile de soutenir qu'elle disposait d'une capacité de travail dans son activité habituelle.

La recourante soulignait encore que son incapacité de travail avait été confirmée par la docteure N\_\_\_\_\_, médecin du travail au sein de l'office du personnel de l'État (ci-après : OPE), laquelle avait effectué cinq consultations médicales de la recourante et étudié son dossier médical. N'étant pas le médecin traitant de la recourante, ni un médecin mandaté par l'intimée, elle apparaissait comme un médecin neutre et elle avait constaté que la recourante ne pouvait pas, au vu de son état de santé, reprendre son poste de travail.

La recourante a produit :

- un rapport établi le 26 février 2025 par le Dr H\_\_\_\_\_, qui confirmait le diagnostic de fibromyalgie, qui avait été posé en Bosnie par un rhumatologue en 2023, et qui était confirmé par son examen, puisque la recourante remplissait les critères ACR 2010/2016 avec un score de WOLF de 27/31.
- un rapport établi par la Dre N\_\_\_\_\_ le 9 janvier 2025 indiquant que l'assurée était toujours en incapacité totale de travail. Cet avis médical se fondait sur le cahier des charges de l'intéressée, les consultations médicales du service de prévention et de santé (SPST) par la docteure O\_\_\_\_\_ le 12 juillet 2023, et par la Dre N\_\_\_\_\_ les 27 août, 20 novembre et 28 novembre 2024 ainsi que le 9 janvier 2025 ainsi que les rapports établis suite à ces consultations, et le suivi régulier par l'infirmière du service. Sur cette base, il était établi que la collaboratrice avait fait l'objet de soins durables et que l'évolution de son état de santé ne permettait pas un retour au travail à court et moyen terme.
- un rapport établi le 15 décembre 2024 par le département de médecine de premier recours des HUG attestant que l'assurée avait été admise le 4 décembre 2024 en raison d'épigastralgies. Elle rapportait une douleur au niveau épigastrique irradiant vers l'hypochondre droit et la région dorsale. Cette douleur était décrite comme des coups de couteau, oppressante et continue, et évaluée à 10/10.

**d.** Le 15 avril 2025, l'intimé a relevé que le Dr H\_\_\_\_\_ était intervenu en qualité d'expert dans le dossier, de sorte que son rapport devait être écarté. Cela étant, selon le SMR, son rapport n'était pas de nature à modifier l'appréciation du cas, car le Dr H\_\_\_\_\_ avait écarté toute atteinte immuno-rhumatologique, il avait

posé le diagnostic de fibromyalgie comme il avait fait lors de son expertise, et il ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante.

S'agissant du rapport de la Dre N\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2025, il n'y avait pas d'argumentaire expliquant l'avis négatif en lien avec la reprise d'emploi. Ce rapport était très vague et manquait de précision. Il n'était pas de nature à remettre en doute les conclusions des experts et du SMR qui étaient fondées sur des observations approfondies.

S'agissant du volet psychiatrique, l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ avait fait l'objet d'une évaluation par l'expert psychiatre et ce dernier, prenant en compte l'ensemble des rapports établis par le psychiatre traitant, avait posé le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée et il avait écarté celui de trouble dépressif, dès lors que l'examen clinique n'avait pas permis d'objectiver les critères pour retenir un tel trouble. L'intimé persistait en conséquence dans ses conclusions.

e. Le 24 avril 2025, la recourante a transmis des pièces complémentaires et persisté dans ses conclusions. Elle demandait l'audition des Drs C\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_.

- Le 31 mars 2025, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante présentait des douleurs chroniques diffuses articulaires et extra-articulaires associées à des troubles importants du sommeil, une fatigue sévère, des troubles cognitifs et un état dépressif. Après exclusion d'une pathologie rhumatismale, l'assurée remplissait les critères ACR 2016 pour une fibromyalgie. Dans ce contexte, il lui avait été proposé de participer au programme ambulatoire de prise en charge incluant la stimulation magnétique transcrânienne répétitive, les perfusions itératives intraveineuses de lidocaïne et/ou kétamine, l'électrostimulation par TENS en alternance avec l'application de patches de lidocaïne. Dans l'intervalle, elle était encouragée à maintenir une activité physique adaptée.
- Le 9 avril 2025, le Dr C\_\_\_\_\_ a, dans un rapport détaillé, indiqué notamment que plusieurs antidépresseurs avaient été essayés, en raison d'effets indésirables. La Fluoxétine avait été essayée plusieurs fois à la demande de la recourante, car c'était la molécule qui lui donnait le moins d'effets indésirables. Depuis février 2025, elle était sous Cymbalta, 30 mg par jour, qu'elle supportait mieux après avoir eu des nausées au début. Ce traitement avait été augmenté le 9 avril 2025 à 60 mg par jour. Sa maladie somatique lui générait un sommeil de mauvaise qualité, ce qui aggravait ses symptômes anxieux et dépressifs. D'après sa description des symptômes et de son état constaté objectivement lors des consultations, les limitations fonctionnelles se répercutaient sur son activité professionnelle et dans le domaine privé. Elle n'arrivait pas à terminer les tâches qu'elle commençait et elle avait des difficultés relationnelles. Elle se fatiguait vite et avait un manque d'endurance

en lien avec ses difficultés au niveau de la concentration et de la mémoire, son irritabilité, sa tendance à la colère, sa labilité émotionnelle, son besoin de s'isoler, sa tendance à l'évitement, sa sensibilité aux stimuli notamment les bruits, ses difficultés au niveau de la gestion du stress, de l'impulsivité et de l'intolérance à la frustration. Il n'y avait pas eu de rémission depuis le début de son suivi.

**f.** Le 19 mai 2025, l'intimé a estimé, sur la base d'un avis du SMR du 14 mai 2025, que les éléments apportés par les nouvelles pièces médicales ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. Le Dr M\_\_\_\_\_ retenait le même diagnostic que les experts, à savoir une fibromyalgie. S'agissant du volet psychiatrique, le suivi était toujours mensuel alors que le Dr C\_\_\_\_\_ relatait un épisode dépressif actuellement sévère. L'intensification du trouble dépressif, précédemment qualifié de moyen, ainsi que les changements de traitement dès mi-février 2025, étaient en outre des éléments postérieurs à la décision querellée.

**g.** Le 5 juin 2025, la recourante a transmis à la chambre de céans un courrier établi le 17 avril 2025 par lequel le Conseiller d'État en charge du service qui l'employait résiliait les rapports de services pour disparition durable d'un motif d'engagement, avec effet au 31 juillet 2025. Elle était toujours en incapacité de travail et l'évolution de son état de santé ne lui permettait pas un retour au travail à court et moyen terme sur son poste ou un autre.

**h.** Le 8 septembre 2025, la recourante a encore transmis à la chambre de céans les rapports de consultation établis les 20 et 28 novembre 2024 et le 9 janvier 2025 par la Dre N\_\_\_\_\_.

**i.** Les parties ont été entendues par la chambre de céans lors d'une audience du 19 novembre 2025.

**j.** Par courrier du 13 mars 2026, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

**k.** L'intimé a indiqué qu'il s'opposait à une expertise judiciaire qui ne se justifiait pas. Cela étant, il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert et proposait des questions complémentaires à lui poser.

**l.** La recourante a également proposé une question complémentaire.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

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

- 2.** Le litige porte sur le droit de la recourante a une rente d'invalidité, en raison d'une aggravation de son état de santé dès l'été 2022.
- 3.** Dans le cadre du développement continu de l'assurance-invalidité, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, un éventuel droit de la recourante à une rente d'invalidité ne peut naître au plus tôt qu'en décembre 2023, dès lors qu'elle a demandé les prestations

de l'OAI en juin 2023, de sorte que ce sont les dispositions légales dans leur nouvelle teneur qui sont applicables.

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

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

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

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

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

**3.2** L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique tels que la fibromyalgie, les indicateurs suivants, qui s'appliquent également pour déterminer la capacité de travail exigible des personnes souffrant de troubles psychiques :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux

manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

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

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.

**4.1** En espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise psychiatrique. Le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé qu'il existait une discordance entre les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndromes somatiques occasionnant une incapacité de travail totale et une stratégie thérapeutique n'obéissant pas aux règles de traitement d'un tel épisode dépressif.

La chambre de céans relève sur ce point que dans son rapport du 6 juillet 2023, le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a indiqué qu'il avait essayé plusieurs antidépresseurs et que la recourante présentait des effets indésirables importants. Actuellement, elle prenait de la Fluoxétine 20 mg. Il relevait une bonne compliance de celle-ci au suivi psychothérapeutique. La discordance relevée par

l'expert psychiatre est en réalité une critique du traitement ordonné par le psychiatre traitant de la recourante, dont cette dernière n'est aucunement responsable. Même si cette critique était fondée, elle ne permettrait pas de considérer que la recourante ne souffre pas d'un trouble dépressif recourant, puisqu'il est établi qu'elle ne supportait pas les antidépresseurs essayés. Si son médecin traitant ne l'a pas soignée selon les règles de l'art, cela n'est pas déterminant pour fixer sa capacité de travail.

L'expert psychiatre a retenu une deuxième discordance, à savoir un décalage entre les plaintes de la recourante et son examen clinique, qui était strictement normal selon lui. La chambre de céans relève à ce sujet que l'expert a néanmoins relevé que la recourante pouvait avoir des larmes aux yeux, pendant une à deux minutes, surtout quand elle évoquait ses enfants et sa petite-fille dont elle disait ne pas arriver à en profiter, ou quand elle évoquait les bons souvenirs de son enfance. Ce constat paraît contradictoire avec un examen clinique strictement normal. De plus, l'expert ne pouvait se contenter de son seul examen clinique, dès lors que celui-ci était ponctuel. Il devait prendre en compte les constats faits par les médecins et psychologues qui suivaient la recourante de manière régulière et l'évolution de son état sur toute la période en cause.

L'expert psychiatre a relevé une contradiction dans le sens que la recourante se plaignait de troubles de la mémoire sévères, comme le fait de ne pas se rappeler de l'évènement qui avait eu lieu en novembre-décembre 2022 juste avant son arrêt de travail à 100%. Elle donnait comme autre exemple le fait de ne pas pouvoir expliquer que le matin de l'expertise, pendant quelques minutes, elle ne savait pas ce qui était prévu dans la journée. L'expert avait constaté qu'elle pouvait toutefois donner des dates précises et exactes par rapport à la durée de ses études, l'année de l'obtention de son diplôme, le début du suivi avec son psychiatre, les modalités de reprise de ses activités après un arrêt de deux mois et le nom du somnifère qui lui avait été prescrit en 2018-2019. Il retenait en conséquence que les repères temporels étaient parfaitement préservés.

L'expert a exclu ainsi les troubles de la mémoire allégués par la recourante d'une façon qui paraît un peu rapide, étant relevé que les troubles de la mémoire peuvent présenter plusieurs formes et que rien ne permet de retenir que les oublis allégués par la recourante n'ont pas existés. Les conclusions de l'expert sont en outre remises en cause par celles du Dr C\_\_\_\_\_, qui a indiqué le 12 avril 2024 avoir constaté, comme symptôme en lien avec l'état dépressif de la recourante, notamment un trouble de la mémoire. Ses constats doivent se voir reconnaître une certaine importance, dès lors qu'il voyait régulièrement la recourante, contrairement à l'expert.

L'expert psychiatre a retenu, s'agissant des ressources de la recourante, que sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts n'étaient pas altérées, ce qui paraît peu convaincant, au vu de la description de sa journée type et du fait que son psychiatre a mentionné, le 6 juillet 2023, qu'elle s'isolait et qu'elle

n'avait pas d'activités sociales et, le 12 avril 2024, qu'elle avait des difficultés relationnelles.

L'expert a retenu la gestion de l'affect de la recourante et que sa faculté à contrôler ses impulsions n'était pas altérée, ce qui est contredit par son psychiatre, qui indiquait une labilité émotionnelle qui lui générait des difficultés relationnelles dans son rapport du 6 juillet 2023 et qu'elle avait une intolérance à la frustration et une labilité émotionnelle avec une irritabilité, dans son rapport du 12 avril 2024.

L'expert a également retenu une intentionnalité et un dynamisme non-altérés, sans commentaires, alors que rien ne l'indique dans le dossier. La recourante apparaît au contraire vivre de manière régressive, sans activité ménagère ni sociale.

Il faut enfin relever que s'agissant des ressources internes, l'expert a cité des capacités professionnelles relatives à une période antérieure à l'incapacité de travail allégée, ce qui n'apparaît pas déterminant s'agissant de sa capacité à faire face à une atteinte psychique ou à ses douleurs en lien avec la fibromyalgie.

L'expert semble n'avoir accordé aucun crédit aux déclarations de la recourante et s'être basé exclusivement sur ses propres constats cliniques et le fait qu'elle ne prenait pas d'antidépresseurs pour fonder ses conclusions, lesquelles sont sérieusement remises en cause par les rapports du psychiatre traitant de la recourante, celui de sa psychologue du 25 novembre 2024, ainsi celui établi le 9 janvier 2025 par la Dre N\_\_\_\_\_.

Au vu de considérations qui précèdent, la chambre de céans retient que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ n'est pas probante.

**4.2** S'agissant du rapport d'expertise rhumatologique, l'expert rhumatologue a formellement posé le diagnostic de fibromyalgie, considérant toutefois qu'il était sans effet sur la capacité de travail de la recourante, comme les autres diagnostics retenus. Il a néanmoins retenu une capacité de travail de 90% avec une baisse de rendement de 10%, en tenant notamment compte de la fibromyalgie, ce qui apparaît contradictoire.

Sa conclusion sur la capacité de travail n'est en outre pas probante, car une fois le diagnostic de fibromyalgie posé par un rhumatologue, la capacité de travail doit être examinée selon les indicateurs de gravité et de cohérence fixés par le Tribunal fédéral, ce qui n'a pas été fait par l'expert psychiatre, qui ne s'est prononcé que sur la capacité de travail de la recourante en lien avec ses atteintes psychiatriques.

**4.3** Il résulte de ce qui précède que l'expertise du SEM ne peut se voir reconnaître une valeur probante suffisante et qu'il se justifie de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique. Une nouvelle expertise rhumatologique ne se justifie toutefois pas, puisque le diagnostic de fibromyalgie n'est pas contesté et que la capacité de travail doit être pour celui-ci établie par un expert psychiatre.

La mission d'expertise sera complétée selon les demandes des parties.

**4.4** Il sera renoncé à l'audition des médecins requise par la recourante, qui n'apparaît pas nécessaire, ceux-ci s'étant suffisamment exprimé dans leurs rapports.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique de A\_\_\_\_\_. Commet à cette fin le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A) prendre connaissance du dossier de la cause ;
- B) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ;
- C) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
- D) si nécessaire, ordonner d'autres examens, par exemple un examen neuropsychologique.

- E) Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

- 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (décrire précisément une journée ordinaire de l'assurée) ;
- 2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ?
- 3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ?
- 4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ?

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

- 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
- 4.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?
- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins)

médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.8 Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ?
5. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
  - 5.1 Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
  - 5.2 Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ?
  - 5.3 Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
  - 5.4 Différents diagnostics entrant en interaction privent-ils l'assurée de certaines ressources ?
6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) :

  - 6.1 Dans l'activité habituelle,
  - 6.2 Dans une activité adaptée.
  - 6.3 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 l'assurée).
  - 6.4 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
7. Traitement
  - 7.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

- 7.2 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?
  - 7.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés par celle-ci ?
  - 7.4 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
  - 7.5 Nécessitent-ils un traitement psychotrope ?
  - 7.6 Effectuer un dosage sanguin des psychotropes et/ou antidouleurs afin d'évaluer la compliance.
  - 7.7 Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ?
8. Capacité de travail
    - 8.1 Mentionner les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée du point de vue psychiatrique ainsi que celles liées au diagnostic de rhumatologie, en pourcent, sur la base des indicateurs de gravité et cohérence développés par el Tribunal fédéral :
      - a) dans l'activité habituelle,
      - b) dans une activité adaptée.
    - 8.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements.
    - 8.3 Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
    - 8.4 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?
    - 8.5 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
    - 8.6 Quelle est la capacité de travail globale de l'assurée ?
      - a) dans l'activité habituelle,
      - b) dans une activité adaptée.
  9. Appréciation des avis médicaux du dossier
-

- 9.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 août 2024 ? pour quels motifs ?
  - 9.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr C\_\_\_\_\_ (rapports des 6 juillet 2023, 6 février 2024, 12 avril 2024, 25 novembre 2024 et 9 avril 2025) ? Pour quels motifs ?
  - 9.3 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dre N\_\_\_\_\_ (rapport du 9 janvier 2025) Pour quels motifs ?
  - 9.4 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics retenus par le Dr M\_\_\_\_\_ (rapport du 31 mars 2025) ? Pour quels motifs ?
  10. Faire toute remarque et proposition utiles.
- F) Invite l'expert à déposer, **dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise**, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
2. Réserve la suite de la procédure ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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