

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4221/2025

ATAS/509/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 8 juin 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourante

représentée par APAS Association de défense des patients et
assurés, mandataire

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1991, mariée, originaire de Côte d'Ivoire, entrée en Suisse en 2004, a exercé une activité d'assistante en soins et santé communautaire aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) depuis le 1^{er} février 2019 et à un taux réduit à 80% depuis le 1^{er} septembre 2021.
- b.** L'assurée était en incapacité de travail totale en octobre 2022 et a repris son activité à un taux de 50% en novembre 2022, avant de subir d'autres incapacités de travail.
- c.** Le 26 mars 2024, elle a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- B.** **a.** Le 10 février 2023, la consultation du service de médecine de premier recours (ci-après : consultation SMPR) des HUG a attesté d'une première consultation post-Covid du même jour. L'assurée avait été infectée en juin 2022 et présentait des symptômes persistants d'asthénie marquée et de troubles mnésiques et attentionnels. Elle présentait des céphalées hebdomadaires, parfois des phosphènes, avec étourdissement, de l'irritabilité et des problèmes de motricité fine.
- b.** Le 6 juillet 2023, la consultation SMPR a mentionné une fatigue persistante, des troubles mnésiques et des céphalées en amélioration.
- c.** Le 21 août 2024, la docteure B_____, spécialiste en médecine interne générale, a rempli un rapport médical AI, attestant d'un suivi de juin 2022 au 26 février 2024. L'incapacité de travail était de 30% depuis le 31 janvier 2024 en raison de fatigabilité. L'évolution était lente et l'assurée ne pouvait pas travailler à plus de 60%.
- d.** Le 21 janvier 2025, la consultation Covid long des HUG a retenu un épuisement de l'assurée, qui se plaignait de fatigue et de troubles de la mémoire importants.
- e.** Le 13 février 2025, la docteure C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI, en attestant d'un suivi depuis 2014. L'assurée avait accouché le 7 juillet 2024 et avait repris le travail à un taux de 80% le 13 janvier 2025. Elle présentait notamment une fatigue importante, des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, du sommeil, une irritabilité, une idéation d'auto-dévalorisation. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en cours de rémission, de trouble anxieux, anxiété généralisée et attaques de panique, et de personnalité anxieuse.
- f.** À la demande du service médical régional (ci-après : SMR), la Dre C_____ a donné des renseignements complémentaires le 21 mai 2025. L'assurée avait présenté les incapacités de travail suivantes :
- 100% en octobre 2022

- 50% de novembre 2022 à mars 2023
- 40% en avril 2023
- 50% dès le 1^{er} mai 2023
- 100% dès le 23 mai 2023, jusqu'au 31 août 2023
- 80% dès septembre 2023
- 50% dès octobre 2023
- 40% en novembre et décembre 2023
- 20% dès janvier 2024
- 50% dès février 2024 (grossesse)
- 20% dès le 13 janvier 2025
- 100% du 19 au 24 février 2025
- 100% du 16 au 20 mars 2025
- 50% actuellement

L'assurée présentait un fond dépressif, des troubles du sommeil, une anxiété anticipatoire et des ruminations. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 50%.

Elle a communiqué un rapport d'examen neuropsychologique du 9 avril 2025, concluant à d'importantes fluctuations attentionnelles, un ralentissement sévère de la vitesse de traitement et une fatigabilité persistante. Les difficultés pouvaient être compatibles avec les répercussions physiologiques du Covid mais pouvaient également être accentuées par une symptomatologie anxieuse et dépressive

g. Le 21 mai 2025, la docteure D_____, spécialiste en neurologie, a conclu, après une IRM du 19 février 2026 et le bilan neuropsychologique du 9 avril 2025, à un MCI (trouble cognitif léger) d'origine psychologique dans le contexte d'un Covid long.

h. Le 24 juillet 2025, la Dre B_____ a indiqué une asthénie, un ralentissement, des troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration. L'assurée était enceinte de cinq mois.

L'incapacité de travail était de 50% en raison des atteintes à la santé.

i. Le 22 août 2025, le SMR a retenu des symptômes persistants post Covid-19 et un trouble dépressif récurrent en rémission (février 2025), une incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2022 et une capacité de travail de 80% (100% avec une baisse de rendement de 20%) dès le 23 novembre 2024. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : possibilité d'organiser le temps de pause (endurance attentionnelle, fatigue multifactorielle) et pas de travail la nuit.

En janvier 2025, il n'y avait pas de constat clinique objectif concernant le Covid long et en février 2025, la Dre C_____ considérait l'épisode dépressif en rémission, de sorte que les effets incapacitants du Covid-19 avaient cessé en

novembre 2024. L'incapacité de travail dès le 19 février 2025 s'inscrivait dans la grossesse en cours.

j. Par projet de décision du 29 août 2025, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 80%, du 1^{er} septembre au 30 novembre 2024. L'incapacité de travail était totale du 1^{er} octobre 2022 au 22 novembre 2024 et nulle dès le 23 novembre 2024.

Il n'y avait pas d'empêchement ménager. Le droit à la rente s'ouvrait le 1^{er} octobre 2023, mais la demande de prestations ayant été déposée le 26 mars 2024, la rente n'était versée que dès le 1^{er} septembre 2024.

k. Par décision du 30 octobre 2025, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre au 30 novembre 2024.

- C.** **a.** Le 28 novembre 2025, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée. Elle souffrait d'un Covid long depuis 2022 (fatigue intense, difficultés de concentration et de mémoire, et épuisement). Les tentatives de reprise du travail n'avaient jamais tenu sur la durée. Elle travaillait actuellement à 80%, mais était en arrêt maladie depuis juillet 2025 pour grossesse à risque. Elle sollicitait une rente d'invalidité à 50% et un changement de service, autre que la neurochirurgie.

Elle a communiqué :

- Un courriel du 15 mai 2025 de E_____, ergothérapeute, déclarant soutenir un arrêt de travail de 50%, au vu des plaintes de fatigue et d'épuisement généralisé.
- Des certificats d'arrêt de travail total du docteur F_____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, du 2 au 7 juin 2025, puis à 50% dès le 1^{er} juillet 2025 et à 100% dès le 14 juillet 2025.
- Un certificat médical d'arrêt de travail de la Dre B_____ à 100% du 16 au 20 mars 2025 et du 14 juillet au 28 août 2025.
- Un certificat médical du service de gynécologie des HUG, d'arrêt de travail à 100% du 30 novembre au 24 décembre 2025.
- Un courrier du 12 novembre 2025 du service de santé au travail des HUG, relevant que dans le but de préparer une reprise de travail, un accompagnement par l'assurance-invalidité paraissait être une aide.

b. Le 1^{er} décembre 2025, la Dre B_____ a écrit à la chambre de céans, en faisant valoir que l'assurée présentait un Covid long, une asthénie extrême, des déficits neuropsychologiques et un syndrome anxio-dépressif de degré moyen. Afin de pouvoir reprendre progressivement une activité à 50%, l'assurée avait besoin d'un soutien de l'assurance-invalidité.

c. Le 13 décembre 2025, la recourante a communiqué des pièces complémentaires, dont :

- Un rapport du 11 février 2025 de la Dre D_____, attestant d'un trouble cognitif mineur probablement dans un contexte post Covid, aggravé par un syndrome anxio-dépressif. Un bilan neuropsychologique approfondi était requis.
- Un rapport de consultation Covid long du 10 septembre 2025, renonçant à proposer de nouvelles mesures au vu de la grossesse en cours.
- Un rapport de la Dre C_____ du 26 novembre 2025, relevant que vu les difficultés à garder une stabilité dans son taux de travail, il était indiqué de réévaluer la situation au retour du congé maternité.
- Un rapport de suivi ergothérapeutique de E_____ de mars à novembre 2025, relevant une fatigue chronique sévère avec une réduction globale des capacités fonctionnelles.

d. Le 5 janvier 2026, le SMR a souligné que des facteurs de surcharge bio-psycho-sociaux étaient ouvertement évoqués et a maintenu sa précédente appréciation.

e. Le 5 janvier 2026, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité. Il n'était pas contesté que la recourante avait repris son activité au taux contractuel en novembre 2024.

f. Le 9 mars 2026, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré qu'elle souffrait toujours du Covid long. En novembre 2024, elle n'avait pas repris le travail car elle avait encore des vacances. Elle l'avait repris en janvier 2025.

g. Le 25 mars 2026, le SMR a précisé qu'il avait retenu une baisse de rendement de 20% en raison d'un trouble cognitif léger mais que vu l'évaluation de la Dre D_____, qui n'était pas une appréciation de la capacité de travail, il fallait retenir que le Covid long avait cessé de déployer ses effets au plus tard en novembre 2024.

h. Le même jour, l'OAI a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

i. Le 21 avril 2026, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique judiciaire au docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un bilan neuropsychologique à H_____, spécialiste en neuropsychologie.

j. Le 4 mai 2026, l'intimé a proposé d'ajouter un volet de médecine interne à l'expertise judiciaire et la recourante a acquiescé à la désignation du Dr G_____ et de H_____.

k. Le 12 mai 2026 la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise en médecine interne à la docteure I_____ et leur a transmis les questions de la mission.

l. Le 22 mai 2026, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de la Dre I_____.

m. Le 3 juin 2026, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du 2 juin 2026, requérant l'ajout d'une question à la mission d'expertise.

EN DROIT

1.

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

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

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

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

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

Le droit à la rente (limitée dans le temps) est né le 1^{er} septembre 2024, soit postérieurement au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales seront citées dans leur nouvelle teneur.

2. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante au-delà du 30 novembre 2024, ainsi que sur son droit à une mesure d'ordre professionnel.

3.

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.2 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 ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). 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_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

3.3 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V

281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1).

3.4 Une fois le diagnostic posé par un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations sur les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à séparer les limitations fonctionnelles qui sont dues à une atteinte à la santé des conséquences (directes) de facteurs non assurés. 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 pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.31.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 6.3 et la référence).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

Le fait d'avoir été en mesure d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années sans problème majeur est un élément important à prendre en considération dans l'évolution de la situation médicale de la personne assurée. Cet élément ne suffit toutefois pas pour en déduire une absence de gravité des atteintes à la santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

On ne saurait inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n. 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n. 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

3.5 La procédure d'administration des preuves 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 (ATF 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).

3.6 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et les références).

4. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le

domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

4.1 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

4.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

4.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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).

4.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ;

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

5.

5.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 139 V 176 consid. 5.3).

5.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 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).

- 6.** Selon la jurisprudence (ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais découlant de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assurance-invalidité lorsque l'autorité judiciaire de première instance

ordonne une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Cette autorité intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces circonstances, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGa. Ceux-ci doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner systématiquement la mise des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que celle-ci ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de réaliser une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2024 du 11 décembre 2024 consid. 3 et les références).

7. En l'occurrence, l'intimé a retenu une incapacité de travail totale de la recourante du 1^{er} octobre 2022 au 22 novembre 2024 et nulle dès le 23 novembre 2024, avec une reprise effective de l'activité habituelle, sur la base des avis du SMR des 22 août 2025 et 25 mars 2026, selon lesquels les effets du Covid long auraient cessé au 23 novembre 2024 et que l'état dépressif était en rémission.

La recourante fait valoir l'avis de ses médecins traitants. D'une part, la Dre B_____ qui a attesté le 1^{er} décembre 2025 d'un syndrome de Covid long, d'une asthénie extrême, de limitations neuropsychologiques et d'un syndrome anxio-dépressif moyen avec des tentatives de reprise de l'activité à un taux de 80% qui avaient échoué et une reprise progressive de l'activité à 50% qui nécessitait un soutien de l'OAI. D'autre part, la Dre C_____ qui a relevé le 13 février 2025 une fatigue importante, des troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, du sommeil, une irritabilité, une idéation d'auto-dévalorisation avec un travail qui avait été repris le 1^{er} janvier 2025 et une incapacité de travail totale du 19 au 24 février et du 16 au 20 mars, puis de 50% et qui a estimé le 26 novembre 2025 que l'état psychique de la recourante n'était pas stabilisé, avec toujours un fond dépressif et notamment une fatigabilité, des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire et des troubles du sommeil et que la situation devait être réévaluée au retour du congé maternité.

La recourante produit également un examen neuropsychologique du 9 avril 2025, qui a mis en évidence d'importantes limitations (performances mnésiques, exécutives, fonctionnement général, ralentissement général de la vitesse de traitement et une fatigabilité persistante).

Au demeurant, les avis des Dres B_____ et C_____ ainsi que le rapport neuropsychologique précités mettent en doute l'appréciation du SMR, selon lequel la recourante aurait récupéré une pleine capacité de travail au 23 novembre

2024, avec l'absence totale de symptômes du Covid long, étant relevé qu'à cette date la recourante n'avait en réalité pas repris son activité, et que le taux de 80% n'a effectivement été exercé que de janvier au 18 février 2025, la recourante ayant ensuite présenté une incapacité de travail à tout le moins de 50%.

Dans ces conditions, une instruction médicale complémentaire se justifie, laquelle sera ordonnée par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique, confiée au Dr G_____, ainsi qu'un bilan neuropsychologique confié à H_____, spécialiste en neuropsychologie.

Selon la demande de l'intimé, un volet de médecine interne sera ajouté à l'expertise judiciaire psychiatrique et sera confié à la docteure I_____, spécialiste en médecine interne.

Enfin, une question IV. 7.4.1 sera ajoutée à la mission d'expertise, comme requis par le SMR et l'intimé.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de A_____.
- Commet à ces fins le docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rue J_____, K_____.
- Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause, ainsi que du rapport d'examen neuropsychologique de H_____, spécialiste en neuropsychologie, avenue L_____, _____ Genève.
 - B. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - C. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les Dres B_____ et C_____.
 - D. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - E. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 - 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status clinique et constatations objectives**
 - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.1 Dates d'apparition
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré ou est resté stable depuis le 23 novembre 2024 ?

- 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
- 4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

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

- 5.1.1 Dates d'apparition

- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

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

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 23 novembre 2024 ?
- 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. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 25 mars 2026 ? En particulier avec l'estimation d'une capacité de travail totale au 23 novembre 2024. Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre B_____ du 1^{er} décembre 2025 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail d'au maximum 50% ? Si non, pourquoi ?
- 11.3 Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dre C_____ des 13 février et 26 novembre 2025 ?

12. Quel est le pronostic ?

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

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

II A. Ordonne un examen neuropsychologique, comprenant un test de validation des performances et la réponse aux questions suivantes :

1. Quelle est la gravité de l'éventuel trouble neuropsychologique ?
2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, compte tenu des limitations neuropsychologiques ?

B. Commet à cette fin H_____.

C. Invite H_____ à communiquer, **dans les meilleurs délais**, son rapport à la chambre de céans et au Dr G_____.

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

IV. Ordonne une expertise de médecine interne de A_____.

Commet à ces fins la docteure I_____, spécialiste en médecine interne, Centre de santé, rue M_____, _____ Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier la Dre B_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. **Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status clinique et constatations objectives**

4. **Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

- 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

- 4.1.1 Dates d'apparition

- 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

- 4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré ou est resté stable depuis le 23 novembre 2024 ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

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

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

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

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

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

7. Capacité de travail

7.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

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

7.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

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

- 7.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 7.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
- 7.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 7.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 23 novembre 2024 ?
 - 7.4.1 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée, depuis le début de l'incapacité de travail actée (01.10.2022), ceci en faisant la part des choses entre les atteintes à la santé, les grossesses (y compris le post-partum) et les facteurs de surcharges intercurrents.
- 7.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 7.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

8. Traitement

- 8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
 - 8.2 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 ?
 - 8.3 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 ?
 - 8.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 9.** Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

VI. Évaluation consensuelle **entre les experts G_____ et I_____** :

- 1. Compte tenu des limitations fonctionnelles psychiatriques et de médecine interne, quelle est la capacité de travail de la personne expertisée, depuis le 1^{er} octobre 2022 ?

1.1 Dans son activité habituelle ?

1.1.1 À quel taux ?

1.2 Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ?

1.2.1 À quel taux ?

2. Faire toutes autres remarques.

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le