RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4400/2019 **ATAS/986/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 15 novembre 2022

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée chemin _____, VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Madjid LAVASSANI	recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965, a été victime en 1979 d'une contusion cérébrale avec pour séquelle un hémisyndrome moteur gauche discret prédominant au membre inférieur. Elle souffre également d'épilepsie partielle motrice depuis l'enfance et d'une altération progressive de la motricité fine de la main gauche depuis 2003. Elle a exploité depuis 1996 un tea room – elle s'occupait essentiellement du service et de la gestion du stock, les tâches administratives étant confiées à une fiduciaire – jusqu'au 4 juillet 2002, date à laquelle la faillite de l'établissement a été prononcée.

b. Le 15 mai 2003, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

B. **a.** Après avoir instruit le cas sur le plan médical et pris en charge les frais d'une orientation professionnelle au Centre d'Intégration Professionnelle, par décision du 4 septembre 2006 – non contestée –, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a relevé que la capacité de travail de celle-ci était restreinte dans son ancienne activité de tenancière-serveuse depuis mars 2003, que le stage d'observation professionnelle qui s'était déroulé du 19 décembre 2005 au 26 mars 2006 avait permis de constater qu'elle pouvait se réadapter dans une activité de type tertiaire à plein temps, qu'aucun projet de formation n'avait cependant pu être organisé au vu d'un certificat d'incapacité de travail à 50% délivré par son médecin-traitant le 28 février 2006 dans lequel pourtant celui-ci n'apportait aucun nouvel élément par rapport à ses précédents rapports qui justifierait une diminution de la capacité de travail. L'OAI a ensuite procédé au calcul du degré d'invalidité, qu'il a fixé à 11 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

b. L'assurée, qui avait entre-temps repris un emploi en tant que serveuse de 2007 jusqu'à début avril 2010, date de la fin des rapports contractuels consécutive à son licenciement, a déposé les 20 septembre 2010 et 12 avril 2011 deux nouvelles demandes de prestations auprès de l'OAI, pour lesquelles ce dernier a, par décisions des 11 janvier et 19 septembre 2011, refusé d'entrer en matière. Dans ce cadre, SWICA, assureur perte de gain en cas de maladie qui versait à l'assurée des indemnités journalières, avait adressé à l'OAI le rapport d'expertise psychiatrique du 16 mars 2011, établi à sa demande, concluant, sans répercussion sur la capacité de travail, à un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et colérique suite au licenciement, ainsi qu'à des traits de personnalité obsessionnels présents depuis la jeunesse.

C. **a.** Le 17 février 2017, l'assurée a à nouveau déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.

b. Par communication du 23 mai 2017, l'OAI a pris en charge une mesure d'aide au placement auprès de la fondation Intégration Pour Tous (ci-après: IPT) à compter du 22 juin 2017 pour une durée de six mois.

c. Dans un rapport du 23 mai 2017, le docteur B_____, orthopédiste FMH, a posé les diagnostics de tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de hernie discale L3-L4, sans fournir de précision quant à la capacité de travail de l'assurée.

d. Dans un rapport du 26 octobre 2017, la doctoresse C_____, psychiatre FMH, que l'assurée consulte depuis le 22 août 2016, a relevé que celle-ci souffrait d'un trouble affectif bipolaire actuellement en rémission partielle, d'un trouble obsessionnel compulsif forme mixte avec idées obsédantes, d'agoraphobie en rémission partielle, de phobie spécifique, et de trouble mixte de la personnalité. La capacité de travail de l'assurée était jugée comme étant nulle dans toute activité.

e. Dans un rapport final du 8 janvier 2018, l'IPT a indiqué que dans le cadre des modules et stage mis en place, l'assurée déclarait très souvent avoir des douleurs, qu'elle mettait des barrières et s'autolimitait, et que, à l'issue du mandat, il constatait une motivation à modalité variable en fonction des interlocuteurs, une envie de bien faire ou d'être soutenue, une confrontation difficile avec le marché du travail et un état de santé fragile compte tenu de l'absence de l'assurée de près de trois mois sur six mois d'accompagnement.

f. Par avis du 11 décembre 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR) a préconisé une expertise psychiatrique, considérant que la psychiatre traitante avait posé sans les motiver, de nombreux diagnostics qui étaient en désaccord avec les conclusions de l'expertise effectuée en 2010 (recte: 2011).

g. L'OAI a confié le mandat d'expertise au docteur D_____, psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), et au docteur E_____, médecin adjoint agrégé. Dans leur rapport du 25 juin 2019, ces experts ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère à modérée (F33.1); d'anxiété sociale (F40.10); de modification durable de la personnalité non-attribuée à une lésion ou une maladie cérébrale (F62.8); de facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales (F54); de phobie spécifique aux araignées (F40.218); d'épilepsies et syndromes épileptiques généralisés (G40.8); de lombalgie basse avec sciatique dû à une hernie discale L4 (M51.2) et de migraine (G43). Ils ont conclu que, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle. Toutefois, ses limitations fonctionnelles physiques avaient un grand impact sur sa psychée avec répercussion sur sa capacité de travail. Dans une activité adaptée permettant une flexibilité d'horaire, l'expertisée devait éviter les trop grands déplacements, la position statique prolongée, ainsi que le port de charges lourdes. Elle pourrait

travailler en équipe, l'expertisée présentant une bonne capacité relationnelle. Ils estimaient à trois à quatre heures par jour, avec des temps de pause réguliers, la présence maximale possible dans une telle activité, que l'expertisée pourrait reprendre de manière progressive commençant avec un taux de 30%.

h. Dans un avis du 8 juillet 2019, le SMR n'a pas suivi les conclusions des experts psychiatriques sur le plan somatique, dans la mesure où ils ne leur appartenaient pas de se prononcer sur ce volet. Sur le plan psychiatrique, il a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles et ainsi d'impact psychiatrique sur la capacité de travail. Il a rappelé avoir déjà retenu en 2003 que l'activité de serveuse n'était plus exigible en raison de l'hémisyndrome moteur du membre inférieur gauche. Il a considéré que les lombalgies chroniques sur conflit L4 et la tendinopathie de l'épaule droite, dont souffrait actuellement l'assurée, étaient compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée de type sédentaire à plein temps, depuis toujours moyennant les limitations suivantes : port de charges limité à 10 kg régulièrement, alternance des positions 1x/h, pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas de station debout prolongée, pas de position en porte-à-faux du tronc, pas d'exposition aux vibrations, pas de travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale des épaules, pas de port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, pas de travail en hauteur.

D. **a.** Dans un projet de décision du 2 septembre 2019, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

b. Par pli du 16 septembre 2019, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en faisant valoir que tous ses médecins traitants s'accordaient à dire que sa capacité de travail était nulle sans possibilité d'amélioration à long terme.

c. Par décision du 24 octobre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

E. **a.** Par acte du 28 novembre 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre ladite décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une contre-expertise, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement, à la prise en charge de mesures d'orientation professionnelle, de mesures de reclassement ou d'une aide au placement.

b. Dans sa réponse du 6 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 28 février 2020, la recourante a préalablement demandé l'audition contradictoire des experts en présence des parties et la production du mandat d'expertise confié aux Drs D_____ et E_____ dans sa version complète. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions.

d. Dans sa duplique du 25 mars 2020, l'intimé a maintenu sa position. Il a joint l'avis du SMR du 20 mars 2020 qui s'est déterminé sur les rapports médicaux

produits par la recourante dans le cadre du recours. Celui-ci a relevé que les diagnostics décrits étaient connus, que la recourante ne présentait pas de déficit neurologique associé aux problèmes lombaires, qu'il n'y avait ainsi pas de critère de gravité et qu'une activité strictement adaptée était envisageable en plein. L'OAI a également produit le courrier du 8 février 2019 qu'il avait adressé aux HUG pour lui confier la mission d'établir une expertise de la recourante.

e. Le 30 mars 2021, considérant que l'expertise des Drs D_____ et E_____ n'avait pas valeur probante, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique et orthopédique, après avoir relevé que ces deux volets paraissaient imbriqués. Elle a commis à ces fins les docteurs F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ATAS/277/2021).

f. Le Dr G_____ a établi son rapport d'expertise le 21 octobre 2021, après s'être entretenu avec l'expertisée les 30 juin et 7 juillet 2021 et avoir pris contact par téléphone avec la psychiatre traitante le 18 août 2021. L'expert a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), survenu en sus de traits de personnalité du groupe A (évitant/ dépendant/ obsessionnel-compulsif) présents de longue date, traits qui s'étaient accentués lors d'événements stressants (problèmes neurologiques, faillite commerciale, difficultés familiales, agression du fils) jusqu'à aboutir à des comportements d'évitement. Il a considéré que l'incapacité de travail était totale au début du suivi psychiatrique en août 2016, de 50% au moment de l'expertise psychiatrique de juin 2019, et de 30% actuellement.

Quant au Dr F_____, il a transmis son rapport d'expertise du « 26 avril 2021 » à la chambre de céans le 11 novembre 2021, après avoir examiné l'expertisée le 4 juin 2021. Il a posé les diagnostics d'hémiplégie prédominant au membre inférieur gauche d'origine congénitale; de lombalgie dans le cadre d'atteinte dégénérative avec canal lombaire étroit; de tendinopathie bilatérale des coiffes des rotateurs avec atteinte dégénérative acromio-claviculaire; de psoriasis en goutte; et de crise épileptique de type Grand mal, traitée jusqu'en 1992. Il a conclu que la situation était restée stationnaire sur le plan orthopédique depuis 2010, que l'expertisée était inapte à travailler comme serveuse mais qu'elle pourrait exercer à 50% une activité adaptée assise permettant l'alternance régulière de position, sans port de charge ni mouvements répétitifs du membre supérieur.

g. Dans ses observations des 8 décembre 2021 et 10 janvier 2022, la recourante a sollicité l'audition des Drs F_____ et G_____. Elle a annexé une attestation du 29 novembre 2021 de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, faisant état d'une pathologie d'anévrisme cérébral.

h. Dans ses déterminations des 8 décembre 2021 et 25 janvier 2022, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se ralliant à l'avis joint du SMR du 7 décembre 2021.

i. Le 19 septembre 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise bi-disciplinaire aux docteurs I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur les experts, ainsi que sur les questions à leur poser.

j. Les parties se sont déterminées et n'ont pas fait valoir de motifs de récusation à l'encontre desdits experts. L'intimé a en revanche sollicité qu'une question supplémentaire soit intégrée dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 30 mars 2021; il suffit d'y renvoyer.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA).

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

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

4.2 En l'occurrence, la décision querellée (du 24 octobre 2019) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le litige porte, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 17 février 2017, sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

6. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

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

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

8.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où

elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

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

9.2 Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 du 30 novembre 2017). La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris en cas de troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée (ATAS/945/2018 du 17 octobre 2018 consid. 6b).

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

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure

de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

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

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

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

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

10.3 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

10.4 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

10.5 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis le rejet de la demande de prestations par décision du 4 septembre 2006. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de cette décision à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 24 octobre 2019.

12.1 En 2006, la recourante, qui souffrait, avec répercussion sur sa capacité de travail, d'un hémisyndrome moteur gauche prédominant au membre inférieur, était inapte à exercer son activité de serveuse depuis le 3 mars 2003, mais apte à travailler à plein temps dans une activité simple à prédominance sédentaire, par exemple en tant que réceptionniste-téléphoniste dans un EMS (rapport du Centre d'intégration professionnelle du 10 avril 2006).

12.2 À l'appui de la décision litigieuse, l'intimé s'est appuyé sur l'avis du SMR du 8 juillet 2019, lui-même basé sur les rapports des médecins traitants, ainsi que sur le rapport d'expertise psychiatrique du 25 juin 2019 des Drs D_____ et E_____.

12.2.1 Sur le plan somatique, le SMR retient, à titre de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, outre celui de l'hémisyndrome moteur du membre inférieur gauche, ceux de lombalgies chroniques sur conflit L4 et de tendinopathie de l'épaule droite. Il considère que la recourante peut exercer à plein temps une activité adaptée sédentaire sans port de charges supérieures à 10 kg régulièrement, permettant l'alternance des positions, et évitant la marche prolongée et en terrain irrégulier, la station debout prolongée, la position en porte-à-faux du tronc, l'exposition aux vibrations, le travail avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale des épaules, le port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, ainsi que le travail en hauteur.

Sur le plan psychiatrique, le SMR conclut à l'absence de limitation fonctionnelle, et donc d'impact sur la capacité de travail.

12.2.2 Dans son ordonnance du 30 mars 2021, la chambre de céans a relevé que, sur le plan somatique, il était incontesté que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de serveuse. En revanche, sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas véritablement déterminée au vu des certificats d'incapacité de travail émis par l'orthopédiste traitant.

Sur le plan psychiatrique, la chambre de céans a constaté que les conclusions des Drs D_____ et E_____ ne lui permettaient pas de trancher le droit aux prestations de la recourante. Ceux-ci étaient sortis du cadre de la mission qui leur avait été confiée en se prononçant sur la capacité de travail sur le plan somatique. De plus, dans la mesure où ils avaient souligné que les limitations fonctionnelles physiques avaient un grand impact sur la psychée de la recourante avec

répercussion sur sa capacité de travail, l'intimé ne pouvait, sans autre, conclure que celle-ci ne présentait aucune incapacité de travail sous l'angle psychique.

Aussi la chambre de céans a-t-elle nié la valeur probante du rapport des Drs D_____ et E_____, décidé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et orthopédique (les deux volets paraissant imbriqués), puis mandaté pour ce faire les Drs G_____ et F_____.

12.3 Sur la forme, tant le rapport du Dr G_____ du 21 octobre 2021 que celui du Dr F_____ reçu par la chambre de céans le 11 novembre 2021 sont fondés sur l'examen de la recourante, une analyse du dossier, et comprennent une anamnèse, ainsi que les plaintes de celle-ci.

12.3.1 Sur le fond, sur le plan psychiatrique, le Dr G_____, qui a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), a conclu à une incapacité de travail totale dès août 2016 – date à compter de laquelle le suivi psychiatrique avait débuté –, de 50 % à partir de l'expertise réalisée par les Drs D_____ et E_____ en juin 2019, et de 30 % depuis son examen effectué le 30 juin 2021.

Cela étant, le Dr G_____ n'a pas suffisamment motivé les raisons pour lesquelles il retient ces taux d'incapacité de travail, en particulier pour la période déterminante s'étendant jusqu'au prononcé de la décision litigieuse le 24 octobre 2019. Il se borne à mentionner qu'il admet, sur la base des pièces médicales et de l'anamnèse, que l'incapacité de travail était totale au début de suivi, et que la recourante était moins déprimée lors de l'expertise des Drs D_____ et E_____ qu'en 2016 vu la description clinique faite par ces psychiatres mais davantage qu'aujourd'hui (rapport du 21 octobre 2021, p. 15). Or, on attend d'un expert, qui a réfuté les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif, de trouble bipolaire et de trouble de la personnalité (posés par la psychiatre traitante) et qui a constaté que le traitement médicamenteux avait consisté en une médication administrée uniquement pour les formes légères de dépression (p. 16), qu'il explique de manière circonstanciée en quoi l'atteinte psychique de la recourante – dont le contexte social lui procurait des ressources mobilisables (p. 3; voir également rapport d'expertise du 25 juin 2019, p. 7-8) – l'empêchait de mettre à profit sa capacité de travail. À cet égard, l'expert devait préciser les limitations fonctionnelles en découlant qui justifieraient, cas échéant, de retenir d'abord une incapacité de travail totale, puis de 50%. C'est le lieu de rappeler que les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

12.3.2 Sur le plan somatique, le Dr F_____ pose les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'hémiplégie prédominant au membre inférieur gauche d'origine congénitale; de lombalgie dans le cadre d'atteinte dégénérative avec canal lombaire étroit; et de tendinopathie bilatérale des coiffes des rotateurs avec atteinte dégénérative acromio-claviculaire. Observant que l'état de santé de la

recourante est resté stationnaire depuis 2010 sur le plan orthopédique, il estime que celle-ci pourrait exercer à 50% une activité adaptée assise permettant l'alternance des positions et évitant le port de charges ainsi que les mouvements répétitifs du membre supérieur.

Ainsi que le relève le SMR dans son avis du 7 décembre 2021, le Dr F_____ considère à tort que la situation orthopédique de la recourante est demeurée inchangée depuis 2010, puisque, au plus tôt, l'IRM lombaire du 28 octobre 2016 fait état d'une hernie L3-L4 créant un conflit sur la racine L4 droite, et ce n'est qu'en date du 28 février 2017 que l'orthopédiste traitant a évoqué une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

Par ailleurs, le SMR conteste l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%, dans la mesure où l'examen clinique relevait des amplitudes articulaires conservées des deux épaules, l'absence de signes cliniques en faveur d'une irritation radiculaire des lombalgies, et la possibilité pour la recourante de marcher durant une heure sans douleurs dans les membres inférieurs écartait le diagnostic d'un canal lombaire étroit symptomatique.

12.3.3 Au vu de ce qui précède, la valeur probante des rapports d'expertise des Drs G_____ et F_____ ne peut qu'être questionnée. Ainsi, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les répercussions des diverses atteintes sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, la chambre de céans n'est pas en mesure de procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment de la première décision de refus de prestations du 4 septembre 2006. Partant, elle ne peut pas se prononcer de manière définitive sur le degré d'invalidité de la recourante.

13. Il convient dès lors d'ordonner une nouvelle expertise orthopédique et psychiatrique, qui sera confiée aux docteurs I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'endroit desquels les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise de Madame A_____.

Commet à ces fins la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le docteur J_____, spécialiste FMH 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 la personne expertisée, en particulier les docteurs C_____ et B_____.
C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
D. Charge la Dresse I_____ 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 et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 4 septembre 2006, date de la première décision de refus de prestations?

4.6 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).

4.7 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) ?

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

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

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

5. 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. Capacité de travail

6.1 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.

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

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

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

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

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

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

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

6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 4 septembre 2006?

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

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

7. Traitement

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

7.2 Réaliser un dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques, afin d'évaluer la compliance et/ou la biodisponibilité.

7.3 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 ?

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

8. Appréciation d'avis médicaux du dossier

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis des Drs D_____ et E_____ du 25 juin 2019 selon lequel les limitations fonctionnelles physiques de la personne expertisée ont un grand impact sur sa psychée avec répercussion sur la capacité de travail? Si non, pourquoi ? Si oui, dans quelle mesure ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr F_____ du « 26 avril 2021 » ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) des 8 juillet 2019 et 7 décembre 2021? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

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

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

G. Charge le Dr J_____, 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 et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 4 septembre 2006, date de la première décision de refus de prestations?

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'autre 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 4 septembre 2006?

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 le rapport des Drs D_____ et E_____ du 25 juin 2019 sur le plan strictement psychiatrique ? Si non, pourquoi? Partagez-vous leurs avis selon lequel les limitations fonctionnelles physiques de la personne expertisée ont un grand impact sur sa psychée avec répercussion sur la capacité de travail? Si non, pourquoi ? Si oui, dans quelle mesure ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr G_____ du 21 octobre 2021? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0 % dès août 2016, de 50% dès juin 2019 et de 70% dès son examen ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

H. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la Dresse I_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

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

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

La greffière — La présidente

Maryline GATTUSO — Fabienne MICHON RIEBEN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le