

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4431/2025

ATAS/733/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 25 août 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Nina SCHNEIDER, avocate

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 _____ 1963, titulaire d'un CFC de commerce, a travaillé comme service manager auprès de B_____ Genève.
- b.** Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité le 12 janvier 2000.
- B.** **a.** À la demande l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), la Polyclinique médicale universitaire de C_____ (PMU) a rendu un rapport d'expertise rhumato-psychiatrique le 4 janvier 2002, retenant les diagnostics de troubles de la personnalité à caractère psychotique, syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de fibromyalgie, de migraines sans aura et de *status* après épisode dépressif en 1985, entraînant une incapacité de travail de 50% dans toute activité
- b.** Par décision du 10 octobre 2002, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité depuis le 8 novembre 1999.
- c.** Le 24 avril 2015, dans le cadre d'une procédure de révision du dossier, le Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) a rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrique et rhumatologique), concluant à une capacité de travail totale de l'assurée dans toute activité.
- d.** Le 25 juin 2015, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que la capacité de travail était à nouveau pleine depuis avril 2015.
- e.** Par décision du 18 novembre 2015, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée.
- f.** Le 13 juin 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en raison de douleurs aux hanches, épaules, inflammation, fatigue et vertiges depuis octobre 2017.
- g.** Par décision du 31 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande, faute de production de documents médicaux utiles.
- h.** Le 19 février 2025, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Elle a communiqué :
- un rapport du 21 octobre 2024 du docteur D_____, spécialiste en rhumatologie, attestant d'une probable polyarthrite séronégative, de douleurs des hanches, pieds et mains et d'une péjoration de l'état clinique et tableau algo-fonctionnel. La capacité de travail était nulle depuis le 22 août 2024 ;
 - un rapport de la Dre E_____ du 8 octobre 2024, attestant d'un épisode dépressif totalement incapacitant depuis le 22 août 2024 ;

- un rapport du 20 novembre 2024 de la docteure F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive dans le cadre d'un syndrome d'épuisement chronique (burn out) avec un probable trouble somatoforme ;
- un rapport du 8 janvier 2025 de la docteure E_____, spécialiste en médecine interne, attestant de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, d'un syndrome d'épuisement chronique, burn-out, ainsi que des troubles somatoformes totalement incapacitants.

i. Le 3 mars 2025, le SMR a estimé qu'une aggravation durable et notable de l'état de santé était rendue plausible.

j. Le 15 mai 2025, la Dre E_____ a rempli un rapport médical AI, attestant de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive dans le cadre d'un syndrome d'épuisement chronique burn-out. L'assurée était hospitalisée depuis novembre 2025 à la clinique G_____ pour trouble somatique et psychosomatique. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 août 2024. Elle a joint un rapport du docteur H_____, médecin conseil de la caisse de pension de la Ville de I_____ du 6 novembre 2024, posant le diagnostic de développement douloureux d'un syndrome douloureux non spécifié et proposant un séjour en clinique de rééducation pour un bilan et un traitement psychosomatique stationnaire.

k. Le 19 mai 2025, le Dr D_____ a attesté de diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de polyarthralgie inflammatoire, polyarthrose, périarthrite de la hanche droite et *status* post-arthrite de la hanche gauche. La capacité de travail était nulle depuis avant 2024.

l. Le 23 juin 2025, la clinique G_____ a rendu un rapport suite au séjour de l'assurée du 4 mars 2025 au 13 juin 2025. Le bilan psychiatrique indique que l'assurée a pu faire le point sur des aspects essentiels de son parcours de vie, qu'elle a également appris à mieux se connaître et à identifier ses besoins, qu'elle a acquis une certaine confiance en elle, mais que les troubles persistent et sa résilience reste très faible, et que les douleurs physiques varient considérablement. Le bilan somatique indique qu'au cours de son hospitalisation, une infection des voies respiratoires a été traitée par des phytothérapies et du Metamucil a été prescrit pour réguler le transit intestinal, que les analyses de laboratoire réalisées au cours de l'hospitalisation n'ont révélé aucune anomalie notable et que l'ECG a mis en évidence une bradycardie sinusale sans symptomatologie clinique.

m. Le 11 août 2025, la Dre E_____ a mentionné une incapacité de travail totale depuis le 22 août 2024. Elle a posé les diagnostics de trouble douloureux chronique (polyarthrose, polyarthralgies) avec facteurs physiques et psychologiques, d'état de stress post-traumatique, de trouble mixte anxieux et dépressif et d'épuisement professionnel. Il existait des limitations fonctionnelles

de troubles de la concentration, d'épuisement et de manifestations douloureuses multiples en lien avec un état psychologique.

n. Le 1^{er} septembre 2025, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation notable et durable de l'état de santé.

o. Par projet de décision du 4 septembre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

p. Le 15 septembre 2025, la Dre E_____ a écrit à l'OAI pour appuyer une demande de mesure d'intervention précoce et d'aide de retour à l'emploi. Il était probable que l'assurée puisse retravailler mais avec un accompagnement.

q. Le 29 septembre 2025, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI, en faisant valoir qu'elle était en incapacité de travail totale depuis treize mois pour un burn out sévère. Elle souhaitait reprendre son poste mais cela n'était pas possible sans soutien. Si des mesures de maintien en emploi étaient insuffisantes, une rente AI était justifiée.

r. Le 29 octobre 2025, la Dre E_____ a mentionné la mise en évidence d'un trouble du déficit de l'attention et hyperactivité sous forme mixte, expliquant le déficit de focus, la difficulté au multitasking et les difficultés organisationnelles. La Ritaline avait été introduite. Une reprise progressive et accompagnée était possible sur les prochains six mois. Elle a joint un rapport neuropsychologique du 10 octobre 2025, concluant à des difficultés attentionnelles et une symptomatologie d'inattention et d'hyperactivité / impulsivité significative présente dès l'enfance, avec un impact fonctionnel dans plusieurs domaines de la vie (TDA-H, forme combinée).

s. Le 3 novembre 2025, le SMR a maintenu ses conclusions.

t. Par décision du 6 novembre 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

- C. a.** Le 12 décembre 2025, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et neuropsychologique, voire à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et au renvoi à l'OAI pour nouvelle décision et complément d'instruction.

L'épuisement professionnel en lien avec un trouble mixte anxieux et dépressif était intervenu en août 2024, soit postérieurement à l'expertise du CEMed de 2015. Son état de santé s'était aggravé en 2022 jusqu'à son arrêt de travail en août 2024, aggravation attestée par des médecins. Elle présentait depuis plus d'une année une incapacité de travail totale, de sorte qu'une rente d'invalidité entière était justifiée.

b. Le 18 février 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se ralliant à l'avis du SMR du 1^{er} septembre 2025.

c. Le 27 avril 2026, la recourante a répliqué. Depuis le 10 décembre 2025, elle tentait une reprise thérapeutique de son activité et avait travaillé à 20% jusqu'à fin janvier 2026, à 30% en février 2026 et à 40% jusqu'au 19 avril 2026. Elle n'avait pas été capable de travailler une journée entière. Elle avait augmenté les matins pour un taux de 50%, ce qui était difficile à tenir. Une reprise de travail totale n'était pas envisageable. Elle persistait dans ses conclusions.

d. Le 20 mai 2026, l'OAI a dupliqué et maintenu sa position.

e. Le 24 juin 2026, la recourante a produit un rapport du 17 juin 2026 de la Dre E_____, rappelant les diagnostics d'épuisement professionnel, d'état de stress post-traumatique, de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) forme combinée, de troubles mixtes anxieux et dépressifs et de trouble douloureux chronique. L'arrêt de travail d'août 2024 avait été motivé par un épuisement professionnel majeure, responsable d'une fatigue chronique importante, avec des troubles cognitifs, une vulnérabilité accrue au stress, une diminution de la tolérance aux contraintes professionnelles, une tendance à la surcharge émotionnelle et une baisse de l'estime de soi. Une reprise à 100% n'était pas exigible.

f. Le 29 juin 2026, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle. La recourante a indiqué qu'elle travaillait depuis mai 2026 à un taux de 50%, qu'elle arrivait difficilement à maintenir et qu'elle avait un rendement de 30%. Elle estimait pouvoir travailler à 30% et modifiait ses conclusions en ce sens.

g. Le 8 juillet 2026, la recourante a indiqué qu'elle était suivie par J_____, psychologue-psychothérapeute systémicienne.

h. Le 23 juillet 2026, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise psychiatrique judiciaire à la docteure K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

i. Le 19 août 2026, l'intimé s'est opposé au principe d'une expertise judiciaire, jugée inutile.

j. Le 20 août 2026, la recourante a proposé quelques modifications des questions de 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).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 18 novembre 2015.

3.

3.1 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (*cf.* art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

3.2 La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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).

3.3.3 Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (*cf.* ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple

comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

3.3.4 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).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

3.3.5 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 (inévitabile) 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).

3.3.6 Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (*cf.* ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références).

3.4 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).

3.5 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

3.6

3.6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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.

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

3.6.3 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).

3.6.4 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 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).

3.6.5 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 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.6.6 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).

3.7

3.7.1 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).

3.7.2 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).

4. En l'occurrence, l'intimé a estimé, en se ralliant aux avis du SMR des 1^{er} septembre et 3 novembre 2025, que la recourante ne présentait pas d'aggravation notable et durable de son état de santé, que ses médecins retenaient des éléments psychosociaux qui ne relevaient pas de l'assurance-invalidité et qu'il n'existait pas de nouvelles atteintes à la santé durablement incapacitantes.

Quant à la recourante, elle se prévaut des rapports de ses médecins traitants, singulièrement de la Dre E_____ et estime qu'elle présente une capacité de travail de 30% dans son activité actuelle.

4.1 La Dre E_____ a rendu un rapport médical circonstancié le 17 juin 2026, faisant état d'un nouveau diagnostic d'épuisement professionnel depuis août 2024, lequel avait aggravé les troubles mixtes anxieux et dépressifs et le trouble douloureux chronique. De plus, un diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été posé à la clinique G_____ en juin 2025 et un TDAH avait été diagnostiqué en octobre 2025. La recourante présentait une baisse de rendement professionnel, une réduction de l'endurance à l'effort et une fatigabilité physique et psychique importante. Les limitations étaient exacerbées par le TDAH qui était décompensé. S'agissant des répercussions des diagnostics sur la capacité de travail, la Dre E_____ a relevé que l'épuisement professionnel était responsable d'une fatigue chronique importante, persistante malgré les périodes de repos, ainsi qu'une fatigabilité accrue lors de la réalisation des activités professionnelles, mais aussi de la vie courante. Cette symptomatologie s'accompagnait de troubles cognitifs significatifs, notamment des difficultés de concentration, une diminution de l'attention soutenue, une lenteur dans le traitement des informations, des oublis

fréquents et des difficultés à gérer plusieurs tâches simultanément. Ces limitations étaient majorées par le TDAH de forme combinée, diagnostiqué en octobre 2025. La recourante présentait également un épuisement émotionnel important en lien avec l'épuisement professionnel, l'état de stress post-traumatique et les troubles anxio-dépressifs associés. Sur le plan psychique, on observait une vulnérabilité accrue au stress, une diminution de la tolérance aux contraintes professionnelles, une tendance à la surcharge émotionnelle ainsi qu'une baisse de l'estime de soi.

Par ailleurs, la recourante souffrait depuis plusieurs années d'un trouble douloureux chronique. L'intensité des douleurs ostéo-articulaires et musculaires était étroitement corrélée à l'état d'épuisement physique et psychique. La fatigue persistante favorisait une majoration des douleurs, lesquelles contribuaient en retour à l'aggravation de la fatigabilité et des troubles du sommeil, entretenant ainsi un cercle vicieux défavorable à la récupération fonctionnelle.

Les éléments apportés par la psychiatre traitante sont suffisamment étayés pour faire douter de l'absence d'aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à l'expertise bidisciplinaire du CEMed du 24 avril 2014. À cet égard, l'avis du SMR du 3 novembre 2025, selon lequel les atteintes évoquées de burn out et de TDAH avaient été analysées dans le cadre de l'expertise du CEMed précitée, n'est pas convaincant puisque l'incapacité de travail en lien avec le burn out et le TDAH décompensé a débuté seulement en août 2024, soit plus de neuf ans après l'expertise du CEMed.

4.2 Au demeurant, une instruction médicale complémentaire se justifie, par le biais d'une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle sera confiée à la Dre K_____.

S'agissant des propositions de la recourante de modification de la mission d'expertise, la chambre de céans relève ce qui suit :

La question 4.6 vise à déterminer s'il existe une atteinte à la santé suffisamment significative. Si tel n'est pas le cas, l'examen des indicateurs jurisprudentiels n'est pas nécessaire (*cf.* consid. 3.3.3 *supra*). Cette question n'est ainsi pas similaire, même si certains critères se recoupent, avec la question 6.1 qui concerne l'appréciation de la cohérence en présence d'une atteinte significative à la santé, étant au surplus relevé que le terme « exagération des symptômes » relève de la jurisprudence fédérale. Les deux questions seront donc maintenues.

Quant à la question 6.5, elle se réfère à l'analyse globale des divers aspects liés à la cohérence, alors que la question 6.1 se réfère à la cohérence du tableau compte tenu des diagnostics posés. Cette question sera en conséquence maintenue.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de A_____. Commet à ces fins la Dre K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Rue L_____, 1_____ 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 E_____ et de J_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'experte 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 depuis le 18 novembre 2015 (date de la dernière décision de l'OAI) ?

- 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 ? A 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 août 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 les avis du SMR des 1^{er} septembre et 3 novembre 2025 ? En particulier avec le constat que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas aggravé depuis 2015 ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre E_____ du 17 juin 2026 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail réduite ? Si non, pourquoi ?
- 12. Quel est le pronostic ?
- 13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- 14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

- II. Invite l'experte à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.
- III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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