

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/555/2024

ATAS/450/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 juin 2025

Chambre 2

En la cause

A _____
représentée par Me Sacha CAMPORINI, avocat

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE

intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président.

EN FAIT

- A.**
- a.** Le 21 avril 2015, A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1976, divorcée (en 2010) et mère de fils nés en 2000 et 2002, titulaire d'une autorisation d'établissement CE/AELE et vivant en Suisse depuis fin 1993, ayant fréquenté l'école obligatoire dans son pays d'origine (européen) jusqu'à l'âge de 14 ans, sans formation professionnelle et ayant travaillé comme nettoyeuse dès 2000 après avoir été employée polyvalente et serveuse auprès de deux restaurants entre 1996 et 1999, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'un « état dépressivo-anxieux ».
- b.** À la demande de l'assurance perte de gain de l'époque, l'intéressée a fait l'objet d'une expertise effectuée par le docteur B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), membre FMH, qui, dans son rapport d'expertise du 25 août 2015, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en forte rémission (CIM-10, F33.1), et a conclu à une incapacité de travail nulle dès le 1^{er} septembre 2015 « dans une profession équivalente à la dernière profession exercée ».
- c.** Par décision du 29 juillet 2016 – confirmant un projet de décision du 12 mai 2016 –, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a refusé un droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, au motif que l'assurée avait été en incapacité de travail à 100% du 18 novembre 2014 au 31 août 2015 (date du recouvrement d'une pleine capacité de travail), soit moins que le délai d'attente d'une année au minimum requis par la loi.
- d.** L'intéressée n'a pas contesté cette décision.
- e.** Il est précisé que sur mandat de l'Hospice général (ci-après : l'hospice), l'assurée a effectué du 28 août au 22 septembre 2017 un « stage d'évaluation à l'emploi » auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI).
- B.**
- a.** Par demande datée du 15 novembre 2022 (à l'initiative du dernier assureur perte de gain compétent, GROUPE MUTUEL, selon l'intéressée), mais concrètement reçue par l'office le 17 février 2023, l'assurée, en dernier lieu employée de nettoyage au taux de 50% depuis le 1^{er} novembre 2021, jusqu'à son incapacité de travail à 50% commencée le 5 février 2022, a à nouveau sollicité des mesures professionnelles et/ou une rente AI, à la suite d'atteintes à la santé existant à partir d'octobre 2021 (« douleur forte » et « dépression »).
- b.** Il ressort, notamment, de l'instruction menée par l'assureur perte de gain précité (GROUPE MUTUEL) que l'intéressée avait été mise en incapacité de travail à 100% du 13 au 19 février 2022 inclus par le docteur C_____, spécialiste

en médecine interne générale, membre FMH et médecin généraliste traitant, qui avait en outre établi un rapport le 23 décembre 2022.

Des constats médicaux avaient été émis entre février et mars 2022 par le Centre D_____. Le docteur E_____, apparemment actif au sein de ce centre médical à cette époque, avait, le 28 mars 2022, posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de « COVID-19 avec fatigue post COVID-19 », burnout et fatigue d'origine déficitaire liée à un manque de vitamines, et avait attesté des arrêts de travail à 100% en mars et avril 2022.

Le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH et psychiatre traitant, avait émis plusieurs certificats d'arrêt de travail à 100% à tout le moins à partir d'août 2022, de même qu'un rapport du 4 septembre 2022, dans lequel il mentionnait entre autres des épisodes d'angoisse croissante, allant jusqu'à l'attaque de panique, dans un contexte de difficultés relationnelles dans le cadre du travail évoquant un mobbing, avec le développement progressif de troubles du sommeil, de symptômes dépressifs majeurs avec perte du sommeil, d'angoisses, d'un sentiment intense de dévalorisation et d'idées noires, ce à quoi s'ajoutaient une grande fatigue avec des troubles de concentration et une baisse de l'attention, symptômes aggravés par la situation du fils aîné souffrant de troubles autistiques importants et demandant une assistance importante.

Dans un rapport du 22 septembre 2022, le docteur G_____, rhumatologue, membre FMH, avait diagnostiqué une fibromyalgie.

Dans un rapport d'« expertise psychiatrique asséculoologique » signée le 31 mars 2024 à l'intention d'un assureur, le docteur H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, avait conclu à une absence de diagnostic psychiatrique et de limitations fonctionnelles d'origine psychiatrique, précisant toutefois ne pas avoir les compétences nécessaires pour évaluer les éventuelles limitations fonctionnelles liées à la fibromyalgie dont souffrait l'expertisée.

c. Au plan professionnel et économique, l'intéressée avait, selon un contrat individuel de travail du 26 octobre 2021, été engagée avec effet au 1^{er} novembre 2021 par I_____ (ci-après : l'employeur), à raison de 14.75 heures par semaine. Le 14 avril 2023, l'employeur a complété le questionnaire pour l'employeur de l'AI, dont ressort notamment une résiliation des rapports de travail avec effet au 31 août 2022.

En parallèle, elle bénéficiait de prestations d'aide financière de l'hospice.

Le 25 juillet 2023, elle a écrit à l'OAI que sans ses problèmes de santé, elle travaillerait volontiers à 100%.

b. Au plan médical, le 21 avril 2023, un questionnaire médical AI a été complété par le Dr C_____.

Les 17 mars et 29 avril 2023, des questionnaires médicaux AI ont été remplis par le Dr F_____, qui, dans le second, a retenu les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère (F32.2), de trouble panique (F41), de fibromyalgie et d'obésité morbide, ainsi que qu'une incapacité totale de travail dans toute activité.

c. À la demande du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) formulée le 6 juin 2023, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été mise en œuvre par les docteurs J_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux membres FMH (ci-après : les experts), qui ont eu chacun un entretien avec l'expertisée le 6 septembre 2023 (d'une durée de 1h00, respectivement 1h10) et ont rendu leur rapport d'expertise – commun – le 8 septembre 2023, auquel était annexé un rapport d'expertise psychiatrique du Dr K_____ du 7 septembre 2023.

S'agissant des diagnostics, les experts ont pris une certaine distance par rapport au diagnostic de fibromyalgie, dans la mesure où les douleurs de l'intéressée n'étaient pas fixes mais intermittentes d'un jour à l'autre, et ont jugé préférable se référer à la structure de la classification des douleurs chroniques de la CIM-11 et de retenir une douleur musculosquelettique primaire chronique (MG30.02). Au plan psychique, ils ont retenu, les diagnostics selon la CIM-10 de trouble dépressif récurrent, actuellement sous traitement largement en rémission (F33.4), ainsi que d'accentuation de certains traits de la personnalité du type frustré et dépendante, avec des éléments passifs-agressifs (FZ73.1), étant précisé qu'un épisode dépressif sévère (F32.2, F33.2) n'avait jamais été atteint (p. 391 et 392 du dossier AI).

Sur le plan organique, l'expertisée ne présentait pas d'affection médicale susceptible de retentir significativement sur sa capacité de travail dans les activités exercées dans le passé, principalement comme aide de cuisine ou femme de ménage. Elle n'avait jamais pu se solidariser au monde du travail, et ce bien avant la survenue des douleurs, *sine materiae*, à la fin de l'année 2021. En laissant une large part aux symptômes subjectifs, à savoir les douleurs et la fatigue, on pouvait admettre une perte de rendement d'au plus 25%, dans une activité professionnelle et non dans les activités ménagères qui pouvaient être modulées à domicile sans notion de contrainte. Sur le plan psychique, les experts ne s'écartaient pas de l'appréciation du psychiatre H_____, une absence de limitation fonctionnelle psychique significative et une pleine exigibilité médico-théorique étant retenues « dans ce registre » (p. 395 du dossier AI).

N'étaient pas proposées par les experts des mesures médicales et thérapies pouvant avoir un impact sur la capacité de travail, le traitement actuellement en vigueur au plan psychique étant en particulier approprié (p. 393-395 du dossier AI).

d. Dans un avis du 14 septembre 2023, le SMR a suivi les conclusions des experts, et a retenu une absence de diagnostic incapacitant.

e. Par décision du 18 janvier 2024 confirmant un projet – non contesté – du 13 novembre 2023, l’OAI a refusé le droit à une rente d’invalidité et à des mesures professionnelles, faute d’atteinte à la santé invalidante au sens de la loi.

C. a. Par acte daté du 13 février 2024 et posté le 16 février suivant, l’assurée, agissant en personne, a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision.

b. Par réponse du 11 mars 2024, l’intimé a conclu au rejet du recours.

Étaient jointes des pièces du dossier de l’assureur perte de gain, parmi lesquelles un rapport de « concilium médical » établi, sur mandat de celui-ci, le 21 août 2023 par le docteur L_____, médecin praticien, concluant à une absence de diagnostic incapacitant (ni fibromyalgie, ni syndrome du côlon irritable, ni obésité incapacitants).

c. Le 5 mars 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions, faisant en outre valoir une aggravation de son état de santé.

d. Par courrier du 2 avril 2024 adressé à la chambre des assurances sociales, le Dr F_____ a contesté l’appréciation de l’expertise bidisciplinaire, « car suivant [l’assurée] depuis le 12.5.2022, elle [présentait] toutes les caractéristiques d’un état dépressif sévère, allant même en s’aggravant avec l’augmentation des symptômes et du risque suicidaire depuis l’automne dernier ». Un questionnaire médical AI signé le 28 février 2024 par ses soins était joint.

e. Dans un avis du 22 avril 2024 tenant compte de ces nouveaux éléments, le SMR a maintenu ses conclusions du 14 septembre 2023, et l’intimé, dans un écrit du 6 mai 2024, a persisté dans sa conclusion en rejet du recours.

f. Le 30 mai 2024, l’assurée a notamment mentionné une absence d’amélioration de son état de santé.

g. Par écriture du 4 septembre 2024, la recourante, désormais représentée par un avocat, a, à titre préalable, sollicité une expertise judiciaire bidisciplinaire et a conclu, au fond, à l’annulation de la décision attaquée et, cela fait, principalement à la constatation de son invalidité à 100% à compter du 5 février 2022 et à l’octroi d’une rente d’invalidité entière dès le 17 février 2023, subsidiairement au renvoi de la cause à l’office pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Étaient produits un court rapport du Dr F_____ ainsi qu’un document théorique du service de médecine de premier recours des HUG concernant la dépression, en particulier ses symptômes.

h. Le 4 février 2025 s'est tenue, devant la chambre de céans, une audience de comparution personnelle des parties et d'audition, en qualité de témoin, du Dr F_____.

Lors de cette audience, notamment, l'intimé a précisé ne pas pouvoir tenir compte de la perte de rendement d'au plus 25% énoncée par les experts, faute de « raison médicale ».

La recourante a quant à elle déclaré ignorer pourquoi était mentionnée une atteinte à la santé depuis octobre 2021 dans sa demande AI, et a précisé que son problème de santé avait commencé en 2022, à partir de son infection au COVID-19 le 5 février 2022.

À l'issue de l'audience, avec l'accord des parties, la cause a été gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

i. Par lettres du 20 mai 2025, la chambre des assurances sociales a fait part aux parties de ce qu'elle envisageait de confier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire portant sur les volets rhumatologique et psychiatrique au docteur M_____, rhumatologue, membre FMH, respectivement au docteur N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, et a octroyé un délai au 10 juin 2025 pour d'éventuelles observations sur une éventuelle récusation et sur les questions libellées dans le projet de mission d'expertise (qui était annexé auxdites lettres).

j. Le 3 juin 2025, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation contre les experts envisagés, ni de question complémentaire à formuler.

k. Le même jour, à la suite d'un avis du SMR du 2 juin 2025, l'intimé, tout en contestant la justification d'une expertise judiciaire, a également fait savoir ne pas avoir de motif de récusation contre les experts envisagés, ni de question complémentaire à formuler.

l. Le 5 juin 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'une ordonnance d'expertise serait rendue prochainement.

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 connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

2. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en août 2023, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée en février 2023 (art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022).

3. L'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité, conformément à ses conclusions de recours.

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

- 4.

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

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

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

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

4.4 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'AI, 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 ; 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).

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

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Cette procédure d'administration des preuves – aussi appelée procédure probatoire structurée (au moyen des indicateurs développés par le Tribunal fédéral [cf. ci-après]) – est notamment applicable à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). En effet, bien que le diagnostic de fibromyalgie soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble qui, du point de vue juridique, est similaire aux troubles somatoformes douloureux (douleurs non expliquées par un substrat organique) et doit être traité comme ceux-ci (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1).

Ladite procédure d'administration des preuves est aussi, notamment, applicable au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du

Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 *in* SVR 2011 IV n° 26 p. 73).

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'AI, 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

4.4.2 Ainsi, 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).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

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).

4.5 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute

sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. À 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.6 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

4.7 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 des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V

210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5.

5.1 En l'espèce, selon la recourante, représentée par son conseil, l'expertise mise en œuvre par l'assureur perte de gain (GROUPE MUTUEL) ne paraît aucunement probante, ce d'autant moins que le Dr H_____ contesterait sans raison valable la médication prescrite par le Dr F_____ alors que celle-ci serait validée par les experts (les Drs J_____ et K_____).

Toujours de l'avis de l'assurée, le rapport d'expertise de ceux-ci aurait été établi au moment de la dégradation de son état de santé psychosomatique et n'aurait donc pas pu tenir compte de cette dégradation. En outre, la valeur probante de cette expertise devrait à son sens être questionnée, notamment du fait que le traitement médicamenteux n'y serait pas entièrement mentionné – faute de mention de la venlafaxine (Eflexor) – et que l'entretien au plan psychiatrique n'a duré qu'une fois une heure. Le tableau pharmacologique serait incomplet et le tableau clinique contraire aux constatations du Dr F_____. Enfin, son importante perte de poids non volontaire et ses autres symptômes auraient dû conduire les experts à reconnaître un état dépressif sévère. À cet égard, les experts n'auraient pas mentionné les « idées noires » mentionnées par le Dr F_____ depuis mars 2023, et, en outre, les pensées suicidaires seraient apparues en automne 2023, après leur expertise.

La recourante demande donc une expertise judiciaire bidisciplinaire – psychiatrique et rhumatologique –, vu la composante psychosomatique (troubles psychiques et fibromyalgie), si le recours n'était pas admis entièrement.

5.2 Certes, le grief formulé par l'intéressée selon lequel le traitement médicamenteux ne serait pas entièrement énoncé dans le rapport d'expertise ne semble *prima facie* pas confirmé, puisqu'en audience, le Dr F_____ a déclaré avoir introduit la venlafaxine après l'expertise des Drs J_____ et K_____.

5.3 Cela étant, s'il paraît à tout le moins prématuré de nier toute valeur probante au rapport d'expertise des experts (Drs J_____ et K_____), qui semble répondre *prima facie*, sur le plan formel, au moins à une partie des exigences posées par la jurisprudence relativement à la valeur probante d'une expertise, les éléments exposés ci-après conduisent néanmoins à douter de certaines constatations, appréciations et conclusions des experts.

5.3.1 On peine en effet à comprendre la cohérence de l'analyse des experts dans le fait qu'à l'examen physique, l'expertisée n'a selon eux pas un comportement

douloureux outrancier et donne une impression d'authenticité, alors qu'ils retiennent de nombreuses incohérences (cf. p. 387 et 390 s. du dossier AI).

Ils ne cherchent pas à expliquer comment et pourquoi l'assurée, sans volontairement exagérer des douleurs, énoncerait de nombreuses incohérences.

À cet égard, les experts ne paraissent *prima facie* pas justifier de manière suffisamment précise pour quels motifs le diagnostic de fibromyalgie est écarté, se contentant de prendre une certaine distance par rapport à ce diagnostic, dans la mesure où les douleurs de l'intéressée ne seraient pas fixes mais intermittentes d'un jour à l'autre, et s'étonnant – simplement – de leur survenue subite à fin 2021, du peu d'investigation qu'elles ont suscitées et des très faibles traitements impliqués (cf. p. 391-392 du dossier AI). Ce alors que ledit diagnostic a été retenu précédemment par le rhumatologue G_____.

5.3.2 De plus, les experts semblent apparemment prendre peu en considération les idées noires mentionnées à partir à tout le moins de septembre 2022 par le psychiatre traitant, le Dr F_____ (selon lui à l'audience, « idées suicidaires, sans tentative de mise en œuvre »), et ils retiennent une rémission du trouble dépressif récurrent, alors que le psychiatre traitant, le 29 avril 2023, évoque au mieux une stabilité de la situation, le pronostic y étant sombre au contraire du pronostic « favorable à terme » indiqué dans le rapport du 4 septembre 2022.

À cet égard, de manière plus générale, l'écartement par les experts d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère (cf. p. 392-393 du dossier AI) semble reposer essentiellement sur l'attitude de l'expertisée durant l'entretien (cf. p. 388-389 du dossier AI), alors qu'il y a eu une perte de poids importante en neuf mois depuis décembre 2022, que l'assurée a décrit des journées type aux activités très limitées (cf. p. 386-387 du dossier AI) et que le psychiatre traitant, en audience, a fait état d'une aggravation de l'état dépressif dans le courant de l'année 2023.

L'anxiété est quant à elle écartée de manière très succincte (cf. notamment p. 389 du dossier AI), alors que dans les questionnaires médicaux AI remplis au premier semestre, le Dr F_____ a diagnostiqué un trouble panique (F41) et qu'en audience la recourante a fait état d'une « angoisse forte ».

Le rapport d'expertise des experts paraît de surcroît peu disert au sujet de la question des éventuels troubles de la concentration et de l'attention de l'intéressée de même que de sa fatigue alléguée, et, concernant le bruit, il ne fait que mentionner que l'expertisée « décrit une intolérance au bruit » (cf. p. 386 du dossier AI), sans examen plus approfondi.

5.3.3 Par ailleurs, pour ne retenir qu'une plausibilité très partielle du tableau clinique, les experts expliquent que le retrait social et le refus de répondre à des invitations de proches ou d'amies énoncés dans un premier temps par l'expertisée s'avéreraient, dans un second temps, très partiels (cf. p. 391 du dossier AI).

Ces attitudes de retrait social et de refus de répondre à des invitations de proches ou d'amies ne paraissent toutefois en tant que telles, le cas échéant, complètement incompatibles ni avec une certaine passivité dans ses relations familiales et amicales, ni avec le fait d'être soutenue par son frère, son fils cadet et sa mère qui prendraient eux-mêmes des initiatives, ni avec des journées type aux activités limitées et avec une grande fatigue (*cf.* notamment p. 386-387 du dossier AI).

À cet égard, entendue en audience, la recourante a paru, *prima facie*, relativement sincère concernant l'ensemble de ses difficultés et souffrances.

5.3.4 Les experts paraissent en outre insister très fortement sur les difficultés psycho-sociales, en indiquant notamment que l'expertisée n'aurait jamais pu se solidariser au monde du travail, et ce bien avant la survenue des douleurs, *sine materiae*, à la fin de l'année 2021 (*cf.* notamment p. 395 du dossier AI), ce alors qu'elle semble avoir travaillé à des taux partiels durant différentes périodes.

5.3.5 Enfin, le Dr F_____ et la recourante elle-même ont fait état d'une aggravation progressive de l'état dépressif de celle-ci par rapport aux réponses fournies par ce psychiatre à fin avril 2023, avec aussi une réapparition des attaques de panique et de ruminations anxieuses (*cf.* questionnaire médical AI rempli le 28 février 2024 par le psychiatre traitant). D'après le Dr F_____ entendu en audience, il a introduit la venlafaxine, antidépresseur plus fort que les médicaments précédents et servant à traiter une aggravation, après l'expertise. En outre, selon l'assurée également entendue en audience, elle ne lit plus ni ne regarde la télévision « depuis presque une année », donc environ depuis début 2024, alors qu'à teneur du rapport d'expertise, elle lisait alors très peu mais regardait la télévision (*cf.* p. 386 du dossier AI).

Il est donc possible qu'il y ait eu une aggravation importante de l'état psychique de l'intéressée entre l'expertise bidisciplinaire et le prononcé de la décision querellée, péjoration qui aurait alors échappé à une prise en compte par l'intimé.

5.4 Vu les doutes qui précèdent concernant les questions relatives aux douleurs et aux troubles psychiques, une expertise judiciaire portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique doit être ordonnée, avec les questions qui suivent, et sera confiée aux docteurs M_____ et N_____, qui établiront des rapports d'expertise séparés accompagnés d'une évaluation consensuelle.

Dans ce cadre, sera examinée la question de l'éventuelle nécessité d'examen complémentaires, notamment d'un examen neuropsychologique (sous la supervision de l'expert psychiatre désigné), au regard entre autres des problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante.

- 6.** La suite de la procédure, en particulier au fond, est réservée.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise judiciaire bidisciplinaire, aux plans rhumatologique et psychiatrique, d'A_____ :

Désigne à cette fin en qualité d'experts les docteurs M_____, rhumatologue, et N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux membres FMH (les experts), ayant pour mission :

- d'examiner et d'entendre A_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure de recours, en prenant tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, et en s'entourant au besoin d'avis de tiers, le cas échéant sous forme d'examens par d'autres spécialistes, notamment si besoin en neuropsychologie ;
- cela fait, de rédiger leurs rapports d'expertise répondant aux questions énoncées ci-après, et d'effectuer ensemble une appréciation consensuelle du cas, s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris l'appréciation en matière de limitations fonctionnelles et de capacité de travail.

A. Charge le Dr M_____, au plan somatique, 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 (si possible selon un système de classification reconnu)**

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

4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
- 4.5 Concernant en particulier les douleurs dont elle se plaint (en lien avec le Dr N_____, expert psychiatre, dans le cadre de l'appréciation consensuelle) :
 - 4.5.1 De quelle nature sont les douleurs dont se plaint l'expertisée ? Y en-t-il de plusieurs de type, et sur quelles parties du corps ?
 - 4.5.2 De quelle intensité (sur une échelle allant jusqu'à 10) pour chaque type ?
 - 4.5.3 Quelles sont les causes de ces douleurs et ces dernières sont-elles objectivables ?
 - 4.5.4 Les effets de ces douleurs sont-ils objectivés et quelles sont les relations de ces douleurs avec l'ensemble des problématiques médicales de l'assurée, y compris aux plans de l'humeur et du comportement (plan psychique), question à examiner avec le Dr Roy N_____ dans le cadre de l'appréciation consensuelle ?
- 4.6 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins le 5 février 2022 (début de l'incapacité de travail), l'expert devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 18 janvier 2024 (date du prononcé de la décision de l'intimé querellée), ainsi que sur l'évolution avant et après cette date (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?
- 4.7 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).
- 4.8 Y a-t-il une exagération des symptômes ou une constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

- 4.9 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- 4.10 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 4.11 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 et leur apparition / évolution dans le temps, en relation avec chaque diagnostic

6. Capacité de travail

- 6.1 Dater la survenance de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
 - 6.1.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle (nettoyeuse) ?
 - 6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?
 - 6.1.3 Si seulement partiellement, à quel taux ?
 - 6.1.4 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ou nulle dans son activité lucrative habituelle, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?
- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à des limitations fonctionnelles ? Préciser les dates et indiquer le taux de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité adaptée pour chaque diagnostic, et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
 - 6.2.1 Si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée, ou seulement partielle, pourquoi ?
 - 6.2.2 S'il existe une capacité de travail – même très partielle – dans une activité adaptée, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.2.3 Quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ?
 - 6.2.4 À quel taux ?
 - 6.2.5 Depuis quelle date la capacité de travail de la recourante est-elle réduite ou nulle dans une activité lucrative adaptée, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?

- 6.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité).
- 6.4 En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 5 février 2022 ?
- 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 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 ?
- 7.3 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 les avis des médecins ayant traité la recourante ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? 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.

B. Charge le Dr N_____, au plan psychiatrique, 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 (si possible selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

- 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
- 4.4 Qu'en est-il notamment des problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante, et sont-ils objectivés ou au moins réels, et découlent-ils le cas échéant de diagnostics médicaux ?
- 4.5 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins le 5 février 2022 (début de l'incapacité de travail), l'expert devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 18 janvier 2024 (date du prononcé de la décision de l'intimé querellée), ainsi que sur l'évolution avant et après cette date (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?
- 4.6 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 ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles et leur apparition / évolution dans le temps, en relation avec chaque diagnostic

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

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

7. Personnalité

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

8. Ressources

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

9. Capacité de travail

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

- 9.1.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle (nettoyeuse) ?
- 9.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?
- 9.1.3 Si seulement partiellement, à quel taux ?
- 9.1.4 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ou nulle dans son activité lucrative habituelle, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à des limitations fonctionnelles ? Préciser les dates et indiquer le taux de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité adaptée pour chaque diagnostic, et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
 - 9.2.1 Si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée, ou seulement partielle, pourquoi ?
 - 9.2.2 S'il existe une capacité de travail – même très partielle – dans une activité adaptée, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.2.3 Quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ?
 - 9.2.4 À quel taux ?
 - 9.2.5 Depuis quelle date la capacité de travail de la recourante est-elle réduite ou nulle dans une activité lucrative adaptée, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?
- 9.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité).
- 9.4 En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 5 février 2022 ?
- 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 ayant traité la recourante, notamment ceux du docteur F_____ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? 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.

C. Charge les experts d'effectuer **une appréciation consensuelle du cas, dont les conclusions sont à retranscrire par écrit**, s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris la question des douleurs (cf. les questions sous 4.5 posées à l'expert rhumatologue) ainsi que l'appréciation en matière de limitations fonctionnelles et de capacité de travail.

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

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

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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