

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/673/2025

ATAS/659/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 21 juillet 2026

Chambre 2

En la cause

A_____
représentée par Maître Marc MATHEY-DORET, avocat

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE

intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, président

EN FAIT

- A. a.** Le 12 mai 2022, l'établissement médico-social B_____ SA – EMS C_____ (ci-après : l'employeur) a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI, l'office ou l'intimé) un formulaire de détection précoce en matière d'assurance-invalidité (ci-après : AI) concernant A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1970, mariée et mère d'un fils né en 1993 d'une précédente union, ressortissante d'un État membre de l'Union européenne et titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C) en Suisse.

L'assurée était, à titre de formations, titulaire d'un baccalauréat d'opératrice chimiste et d'un diplôme d'esthéticienne obtenus dans son pays d'origine, ainsi que d'un certificat d'employée de maison et lingerie en EMS et aide à domicile aux personnes âgées et d'un certificat de formation continue d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge obtenus en Suisse en 2014, respectivement 2016.

Elle avait travaillé auprès de l'employeur en tant qu'aide-soignante non qualifiée au taux de 90%, et était en incapacité totale de travail depuis le 14 mars 2022, des absences répétées ou de courte durée dès octobre 2020 étant par ailleurs relevées.

b. En parallèle, le cas de l'intéressée a été instruit par le GROUPE MUTUEL, assureur perte de gain (ci-après : l'assureur perte de gain).

- B. a.** Le 19 septembre 2022, l'assurée, dont l'incapacité totale de travail perdurait, a déposé une demande de prestations AI, mesures professionnelles et/ou rente. Elle précisait, concernant son atteinte à la santé : « Le 11.03.2022 pendant le travail, j'ai dû retenir une résidente qui se laissait aller en arrière, alors qu'elle était aux toilettes, j'ai dû la soutenir fortement sur ma jambe gauche. Pendant cet épisode, j'ai senti une douleur importante de la région lombaire, fessière gauche irradiant de la cuisse jusqu'au genou ».

b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a reçu de nombreux rapports médicaux.

Notamment, le 11 mars 2022, la docteure D_____, du service des urgences de l'Hôpital de La Tour, diagnostiquait une douleur musculaire secondaire à une contraction tétanisante au niveau des fessiers.

La docteure E_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin généraliste traitante, émettait depuis le 14 mars 2022 des certificats d'arrêt de travail complet pour cause d'accident puis dès le 4 avril 2022 pour cause de maladie, et, le 2 juin 2022, elle adressait un rapport à l'assureur perte de gain.

Des rapports faisant suite à des IRM lombaires et cervicales étaient établis entre mars et août 2022 par des radiologues, ce à quoi s'ajoutaient les résultats d'un laboratoire d'analyses médicales du 13 mai 2022.

Dans un rapport du 11 mai 2022, le docteur F_____, neurologue, avait des interrogations, et, dans un rapport du 30 mai suivant, la docteure G_____, également neurologue, et considérait que les résultats d'un examen électroneuromyographique réalisé le 27 mai précédent révélaient une discrète neuropathie du nerf ulnaire gauche au coude.

Le 26 septembre 2022, le Dr F_____ admettait, du point de vue neurologique, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sans port de charges lourdes, ce que n'excluait pas la Dre E_____ dans des avis des 16 et 17 octobre 2022, celle-ci précisant toutefois que le taux de capacité dans une telle activité était à évaluer.

Le 11 juillet 2022, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, émettait une appréciation dans sa spécialité.

Le 29 août 2022, le docteur I_____, rhumatologue traitant depuis mai 2022, exprimait des considérations, ce après un rapport établi le 5 mai 2022.

Figure par ailleurs au dossier un rapport du 2 février 2021 du docteur J_____, spécialiste ORL, concluant à une ostéosclérose avec une importante surdité de transmission du côté gauche.

Dans un rapport d'otologie du 12 juin 2021, le docteur K_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), indiquait que ce service allait organiser une stapédotomie à gauche.

À cela s'ajoute entre autres une « lettre de sortie des soins intermédiaires » du service de neurochirurgie des HUG du 10 mai 2021 à la suite d'un séjour de l'intéressée du 28 au 29 avril 2021 pour artérographie de contrôle en raison du diagnostic d'anévrisme récidivant de la face postérieure de l'artère carotide interne droite et de l'artère carotido-ophtalmique droite.

Le 20 décembre 2022, la docteure L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante – apparemment depuis relativement récemment –, posait les diagnostics, au plan psychiatrique, d'état de stress post-traumatique (CIM-10, F43.1 ; à la suite d'une agression à l'arme blanche par son mari au domicile en avril 2021, à laquelle avait suivi une plainte et un suivi de couple à la consultation violence conjugale avec ensuite une amélioration de la relation des époux), de trouble anxieux, anxiété généralisée (F41.1), et de personnalité anxieuse (F60.6). Plusieurs limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique étaient énoncées. Du point de vue strictement psychiatrique, la patiente pourrait travailler comme aide-soignante dès que son état psychique, pour

le moment stationnaire et avec une tendance à s'aggraver, le lui permettrait, étant précisé qu'un traitement antidépresseur n'avait pas encore commencé.

Dans un rapport d'expertise établi le 5 décembre 2022 sur mandat de l'assureur perte de gain, et après un entretien avec l'intéressée et examen clinique du 30 novembre 2022, le docteur M_____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, posait les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques, lombosciatalgies gauches chroniques et péri arthropathies de hanches. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que l'expert énonçait.

Fondé sur ce rapport d'expertise, l'assureur perte de gain accordait le 16 décembre 2022 à l'assurée une indemnité journalière de transition pour le changement d'occupation, à 100%, jusqu'au 31 mars 2023, après quoi plus rien ne serait versé puisque le taux de perte de gain fixé à 22% par cet assureur était inférieur au taux minimal de 25% requis pour une indemnité journalière.

Le service de médecine nucléaire de l'Hôpital de La Tour réalisait le 29 novembre 2022 une « scintigraphie osseuse 3 phases et SPECT-CI » et le 23 décembre 2022 une « PET-CT au 18F-FDG », en plus d'une IRM du rachis lombaire effectuée le 6 décembre 2022 par le service de radiologie du même hôpital.

À la suite de consultations des 10 novembre et 6 décembre 2022, le docteur N_____, neurochirurgien, établissait un rapport le 7 décembre 2022, auquel s'est ajouté ultérieurement un certificat du 27 juin 2023.

Le 18 janvier 2023, l'employeur complétait le questionnaire pour l'employeur de l'AI.

Le 31 janvier 2023, à la suite d'un entretien de la veille avec l'assurée, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI rédigeait un « rapport d'évaluation IP ».

En matière pneumologique, une endoscopie bronchique réalisée le 19 janvier 2023 par l'Hôpital de La Tour ne montrait rien de particulier, tandis que, le 16 février 2023, la psychiatre traitante relevait une augmentation de l'anxiété en lien avec l'inquiétude dans le cadre de ce contexte d'examens d'ordre pulmonaire.

Les 9 janvier et 8 février 2023, le docteur O_____, pneumologue traitant, estimait qu'il fallait continuer de suivre le nodule révélé par la scintigraphie osseuse mentionnée plus haut. Le 17 avril 2023, à la suite d'un examen récent, ce spécialiste considérait la situation comme rassurante, mais mettait toutefois en évidence un emphysème et une bronchite chronique, ce qui rendait impératif l'arrêt du tabagisme par la patiente.

Dans un « rapport d'évaluation psychiatrique » établi le 7 avril 2023 sur mandat de l'assureur perte de gain, et après un entretien avec l'intéressée le 3 avril précédent, le docteur P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

retenait une absence actuelle de diagnostic psychiatrique, ce qui était confirmé dans un complément à ce rapport.

Le 19 juin 2023, le rhumatologue I_____ posait les diagnostics suivants :
- lombalgies chroniques, secondaires à des discopathies étagées, sciatalgie gauche L5 irritative, cruralgies gauches secondaires à une micro-instabilité L3-L4 ;
- cervicalgies chroniques secondaires à des discopathies étagées et micro-instabilité C6-C7 ; dorsalgies et discopathie Th11-Th12 ; - syndrome douloureux chronique. Les limitations fonctionnelles consistaient en des douleurs rachidiennes et une fatigue chronique, et « la reprise d'un travail entraînant des mouvements répétés dorso-lombaires, le port de charges, la station debout ou assise prolongée [était] contre-indiquée ». Concernant les gestes courants de la vie, était notée entre autres une difficulté de tenir la position assise, la patiente devant bouger souvent. La capacité de travail était nulle comme aide-soignante, mais la patiente pourrait exercer une activité partielle, de surveillance par exemple, de trois jours (par semaine).

c. Dans un rapport du 7 juillet 2023, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu dès le 14 mars 2022 une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui étaient énoncées.

Il sied de relever que l'office a reçu le 20 juillet 2023 d'une part un rapport du 21 juin 2023 du docteur Q_____, radiologue, qui émettait des conclusions à la suite d'une IRM de la colonne cervicale le 21 juin 2023, sans injection, avec une comparaison avec l'examen du 16 mai 2022, d'autre part un rapport du 28 juin 2023 du docteur R_____, neurologue, selon lequel l'examen électromyographique réalisé le même jour confirmait « l'existence d'une neuropathie modérée du nerf cubital droit en regard de la gouttière épitrochléenne touchant le versant sensitif et moteur uniquement d'un point de vue myélinique », « l'origine [étant] vraisemblablement par compression extrinsèque pendant l'appui au niveau du coude ».

d. Dans le cadre d'une prestation de coaching octroyée le 11 juillet 2023 par l'office, l'assurée a bénéficié d'une mesure d'intervention précoce entre le 21 août et le 17 septembre 2023 auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), en vue d'envisager de nouvelles pistes professionnelles, et il ressort du rapport des EPI du 3 octobre 2023 qu'une immersion de deux jours auprès de l'OFAC (la coopérative professionnelle des pharmaciens suisses) avait démontré qu'elle pouvait effectuer les tâches élémentaires du métier d'opératrice de numérisation auxiliaire. Un stage de 180 jours auprès de l'OFAC était prévu dès son retour de vacances le 2 octobre 2023, avec un début à 50% puis une augmentation progressive jusqu'à 90% (60% dès le 13 novembre 2023, 70% dès le 11 décembre 2023, 80% dès le 8 janvier 2024 et 90% dès le 5 février 2024), avec prise en charge par l'OAI.

Ainsi, à la suite d'une « convention de placement à l'essai » signée entre fin septembre et début octobre 2023 par l'office et l'OFAC, l'intéressée a effectué une telle mesure de réadaptation auprès de celle-ci, à partir du 2 octobre 2023, en qualité d'opératrice de numérisation auxiliaire, avec pour tâches le tri manuel d'ordonnances – et autres documents – de pharmacie et la préparation des dossiers à la numérisation, pour un taux jusqu'à 90%. Il ressort d'un courrier adressé le 11 décembre 2023 par l'OFAC à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) – à la demande de cette dernière – et de ses annexes, dont un échange de courriels entre le 3 novembre et le 19 décembre 2023 entre l'OFAC et la conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI en charge du dossier ainsi qu'une attestation de stage du 20 décembre 2023, que l'assurée s'est montrée motivée et volontaire et a rapidement atteint les objectifs qualitatifs et quantitatifs. Toutefois, lorsque l'intéressée a fait part de ce que le taux de 50% constituait le maximum qu'elle pouvait atteindre, taux de 50% qui pouvait convenir à l'OFAC, ladite conseillère de l'office a, le 19 décembre 2023 – et après une sommation du 7 décembre 2023 à l'intéressée pour une participation au stage à un taux de 100% dès le 17 décembre 2023 au plus tard –, décidé l'arrêt du stage à compter du lendemain car l'intéressée ne remplissait pas selon elle les conditions légales de l'AI pour la poursuite du stage à 100% comme l'exigeait le SMR. Ce dernier avait, dans un avis du 23 novembre 2023 et malgré un certificat d'incapacité de travail à 50% du 13 au 30 novembre 2023 pour cause de maladie émis le 10 novembre 2023 par la médecin généraliste traitante E_____, confirmé ses conclusions du 7 juillet 2023 avec une exigibilité médico-théorique entière dans une activité adaptée depuis le 14 mars 2022. Cette fin de mesure professionnelle a été confirmée par un « rapport final MOP » du 21 décembre 2023 de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI.

Entretemps, l'office a, dans un document « détermination du degré d'invalidité » du 27 septembre 2023, comparé les revenus sans et avec invalidité et est parvenu à un degré d'invalidité de 11.35%, pour une personne se consacrant à 90% à une activité professionnelle et à 10% à ses travaux habituels.

e. En parallèle, le 18 décembre 2023, l'office a reçu des rapports faisant suite d'IRM de la colonne lombaire et de la colonne cervicale réalisées le 12 décembre précédent par le service de radiologie de l'Hôpital de La Tour, de rapports des 8 mai, 15 août, 29 novembre et 12 décembre 2023 du Dr N_____ de l'avis duquel une activité correspondant aux limitations fonctionnelles était sans doute possible mais pas au-delà de 50%, ainsi qu'un courrier du 14 décembre 2023 de l'assurée qui se disait choquée par l'interruption du stage à l'OFAC ordonnée par l'OAI, alors qu'elle appréciait ce stage et voulait le poursuivre.

f. Par projet de décision du 16 janvier 2024, l'OAI a considéré que le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à 90% à son activité professionnelle et pour les 10% restants à l'accomplissement de ses travaux

habituels dans le ménage, et a envisagé de rejeter la demande de prestations AI, la perte de gain de 12.61% retenue étant inférieure aux 40% requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité et d'autres mesures d'ordre professionnelles que celles déjà octroyées dans le cadre de la phase de détection précoce ne se justifiant plus.

g. Par écrit du 7 février 2023, l'assurée a formé opposition contre ce projet de décision, au motif que son état de santé s'était dégradé, comme le montraient selon elle un courriel du 27 janvier 2024 du Dr I _____ à la Dre E _____ et un rapport du 6 février 2024 de la Dre L _____.

h. Au surplus, l'office a reçu les 9 et 13 février 2024 un rapport du Dr N _____ du 6 février 2024.

i. À la demande du SMR formulée le 16 février 2024, une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été mise en œuvre, au sein de S _____ Sàrl à Aigle (ci-après : T _____), par les docteurs U _____, spécialiste en rhumatologie et expert SIM, et V _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont examiné l'expertisée les 23 et 24 mai 2024 (pendant 1h30, respectivement 1h40, avec en plus une radiographie du pied gauche le 28 mai 2024 par un radiologue non expert) et ont rendu leur rapport d'expertise – avec en particulier les volets rhumatologique et psychiatrique séparés et une évaluation consensuelle – le 5 juillet 2024.

Ces experts ont retenu, au plan somatique, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, une cervicalgie chronique sur discopathie et micro-instabilité C6-C7, un status post lombosciatalgie gauche chronique sur discopathie étagée prédominante en L3-L4 et L4-L5 avec conflit radiculaire L5 gauche et un status post péri arthropathie des hanches, et, comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un syndrome douloureux chronique type fibromyalgie ; au plan psychique, il n'y avait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, mais, comme diagnostics sans un tel effet, un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions (F43.23) et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Au plan rhumatologique, les symptômes dont se plaignait l'expertisée étaient cohérents et plausibles. Alors qu'au plan psychique il y avait toujours eu une capacité de travail de 100% dans toute activité, celle-ci était, du point de vue rhumatologique nulle dans l'activité habituelle ; elle avait évolué de façon défavorable depuis mars 2022 alors que l'évolution aurait pu être favorable ; les limitations fonctionnelles consistaient à éviter de porter des charges de plus de 10 kg de façon ponctuelle, de porter des charges de plus de 5 kg de manière régulière, de faire des mouvements en porte-à-faux, d'effectuer un travail d'exposition aux vibrations et d'accomplir des mouvements forcés de la nuque, ainsi qu'à alterner les positions assis-debout au-delà de 30 minutes d'affilée ; la capacité de travail était, toujours sous l'angle rhumatologique, de 80% dans une activité adaptée, pour cause de diminution de la performance de 20% en raison de l'atteinte dégénérative et la fatigue qui pouvaient justifier des pauses supplémentaires. Des mesures médicales et thérapies étaient exigibles pour

améliorer de manière significative la capacité de travail, consistant à « insister essentiellement sur le renforcement musculaire ».

j. Dans un avis du 6 août 2024, le SMR a considéré que ses conclusions du 7 juillet 2023 restaient valables, la capacité de travail étant nulle dans l'activité habituelle mais entière avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée depuis le 14 mars 2022.

k. Dans une lettre adressée le 14 octobre 2024, la Dre L._____ s'est inquiétée de ce que sa patiente demeurait sans nouvelles de l'office depuis mai 2024.

l. Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 17 novembre 2024 faisant suite à une visite au domicile de l'intéressée le 6 novembre précédent, le service des évaluations de l'OAI a admis des empêchements dans quatre travaux ménagers mais les a réduits à 0% après déduction de l'aide exigible de la part des membres de la famille et des personnes vivant en ménage commun, en l'occurrence le mari de l'assurée.

m. Le 7 novembre 2024, l'office a reçu des rapports du 20 juin 2024 faisant suite à des IRM de la colonne lombaire et de la colonne cervicale réalisées le même jour par le service de radiologie de l'Hôpital de La Tour, de même qu'un certificat d'incapacité totale de travail pour cause de maladie dès le 19 novembre 2024 émis le même jour par la Dre E._____.

n. Par décision du 3 février 2025 – qui s'appuyait entre autres sur un document « détermination du degré d'invalidité » du même jour –, l'OAI a confirmé que le statut de l'assurée était celui d'une personne se consacrant à 90% à son activité professionnelle et pour les 10% restants à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage, et a rejeté la demande de prestations AI, la perte de gain de 36.61% retenue, tenant notamment compte d'une baisse de rendement de 20% depuis mars 2022 et d'une déduction forfaitaire (abattement) de 10%, étant inférieure aux 40% requis pour l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles n'étant ni indiquées ni de nature à réduire le dommage.

C. a. Par écrit du 20 février 2025 adressé au SMR, la psychiatre traitante L._____ a formulé des critiques au sujet de l'attitude de l'office, et ce courrier a été transmis par ce dernier le 26 février 2025 à la chambre de céans comme objet de sa compétence.

Par acte du 5 mars 2025, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a interjeté recours contre la décision du 3 février 2025 précitée, concluant préalablement à son audition et à celle de ses médecins traitants ainsi à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire « sur la question de l'exigibilité », au fond à l'annulation de la décision querellée et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2023 de même qu'à des mesures de réadaptation professionnelle.

Était produit – pour la première fois – un rapport du 26 juin 2024 du Dr N_____ faisant suite à des consultations des 7 et 20 juin 2024 lors desquelles la recourante lui avait signalé « des sensations particulières depuis deux mois de type paresthésie, vermiculation musculaire de l'hémicorps gauche avec parfois une sensation de manquer de force », non objectivées à l'examen ni par l'IRM cérébrale de contrôle du 20 juin 2024. En résumé, ladite IRM cérébrale était normale et l'IRM lombaire – apparemment effectuée aussi en juin 2024 – montrait une discopathie inflammatoire L3-L4 responsable des lombalgies mécaniques présentées par la patiente.

b. Par réponse du 1^{er} avril 2025 accompagnée d'un avis du SMR du 25 mars 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par « complément au recours » du 16 juin 2025, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours, si ce n'est que la rente à laquelle elle estimait avoir droit était basée sur un taux de 60% d'incapacité de travail dès le 1^{er} mars 2025.

Était en outre joint un rapport du 13 février 2025 du docteur W_____, radiologue, à la suite d'une IRM de la colonne lombaire et du bassin réalisée la veille.

d. Les 7 et 13 novembre 2025, la recourante a produit, sur papier et clé USB, des rapports du docteur X_____, radiologue, du 20 octobre 2025 à la suite d'une IRM de la colonne lombo-sacrée du même jour, du 23 octobre 2025 à la suite d'une « infiltration L3-L4 droite sous scopie » du même jour, et du 29 octobre 2025 à la suite d'une IRM cervicale et d'une IRM du bassin et des hanches réalisées le même jour également.

e. Le 2 décembre 2025 s'est tenue devant la chambre des assurances sociales une audience de comparution personnelle des parties et d'audition, en qualité de témoins, des Drs N_____, I_____ – qui a remis un rapport qu'il avait rédigé le 14 mars 2025 – et L_____, comme sollicité par la recourante.

f. Le 10 décembre 2025, l'assurée a fourni des explications écrites au sujet de l'arrêt de son stage auprès de l'OFAC à fin 2023.

g. Le 5 janvier 2026, la Dre E_____ a répondu, de manière circonstanciée et avec un résumé des pathologies, à des questions de ladite chambre. Selon elle, notamment, « la capacité globale aux travaux ménagers [était] réduite entre 50% selon l'intensité des douleurs et éventuellement inflammatoires » (*sic*). La capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qu'elle énonçait, était de 50%, taux tenant compte de la diminution de l'endurance, de la nécessité de pauses régulières, ainsi que de l'évolution fluctuante.

Étaient annexés de nombreux rapports médicaux. Il en ressort notamment ce qui suit. Une neuropathie sensitivo-motrice du nerf cubital droit au coude était déjà constatée le 30 août 2010 par la Dre G_____. Le Dr F_____ s'exprimait le

30 octobre 2011 au sujet de céphalées. En 2015 et 2020, des problèmes d'anévrisme (déjà relevés en 2012) avaient été pris en charge par le service de neurochirurgie des HUG, qui, le 27 octobre 2025, avait considéré que l'évolution clinique et radiologique (vu une « IRM cérébrale, neuro-crâne du 13.10.2025 ») à ce sujet était favorable, un nouveau contrôle étant prévu pour 2030. À teneur de rapports de 2016, 2021 et 2022 de la docteure Diana BUSTOS, cardiologue, sous trithérapie, les tensions artérielles (diagnostiquées en 2014) étaient normales sur les enregistrements effectués, et le rythme circadien était conservé. Le 19 mai 2021, le Dr O_____ relevait que la dyspnée signalée par l'intéressée allait, selon elle, mieux. Le 15 décembre 2022, le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG concluait à une hypoguesie fluctuante, la patiente devant être revue pour décider d'un éventuel traitement au zinc, voire effectuer une imagerie.

h. Par écriture du 2 février 2026 se déterminant sur les derniers documents reçus, la recourante a persisté dans son recours, la mise en œuvre d'une enquête ménagère étant de surcroît sollicitée à titre subsidiaire.

i. Par observations du 3 février 2026, l'intimé a maintenu sa position et a présenté un avis du SMR du 29 janvier 2026.

j. Par plis du 23 juin 2026, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise judiciaire – bidisciplinaire – aux docteurs Y_____, spécialiste en rhumatologie, et Z_____, spécialiste en neurochirurgie, avec un projet de mission d'expertise annexé.

k. L'intimé le 30 juin 2026 et la recourante le 6 juillet 2026 – dont les courriers ont été transmis le 8 juillet 2026 à l'autre partie pour information – ont indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à formuler à l'encontre de ces deux experts et ont proposé des questions complémentaires pour l'expertise judiciaire.

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. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

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, comme déjà considéré dans l'ATAS/721/2024 précité (consid. 2), un éventuel droit à une rente d'invalidité – et *a fortiori* à des mesures professionnelles – naîtrait au plus tôt à fin 2022 ou début 2023, dès lors que la demande de prestations a été déposée en 2022 (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.

3.1 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).

3.2 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).

À cet égard, conformément à l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité (cf. art. 8 al. 1 LPGa), le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

3.3 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).

3.4 Cela étant, 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).

3.4.1 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).

3.4.2 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).

3.5 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).

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).

4.

4.1 En l'espèce, si le rapport d'expertise du 19 février 2024 sur mandat de l'intimé, des experts de T_____, les Drs U_____, rhumatologue, et V_____, psychiatre – rapport sur lequel le SMR et l'OAI se sont fondés pour parvenir à la décision présentement querellée –, 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, certains points conduisent néanmoins à s'interroger au sujet de cette valeur, pour les motifs qui suivent.

4.1.1 Si l'énoncé des limitations fonctionnelles par ces experts ne semble pour l'essentiel pas litigieux, leur rapport d'expertise ne paraît pas suffisamment motivé quant à la fixation du taux de capacité de travail dans une activité adaptée.

En effet, les experts retiennent la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée uniquement pour le motif de diminution de la performance de 20% en raison de l'atteinte dégénérative et la fatigue qui peuvent justifier des pauses supplémentaires. Or on peut s'interroger, au vu de l'ensemble du dossier, d'une part s'il y aurait d'autres causes de problèmes professionnels que l'atteinte dégénérative et la fatigue, d'autre part si capacité de travail de 80% serait une conséquence suffisante des atteintes à la santé de l'intéressée comprises dans leur ensemble. La motivation des experts paraît insuffisante concernant ces points.

4.1.2 Or, selon les rapports des 8 mai, 15 août, 29 novembre et 12 décembre 2023 du Dr N_____, neurochirurgien traitant, une activité correspondant aux limitations fonctionnelles est sans doute possible mais pas au-delà de 50%, ce spécialiste insistant le 6 février 2024 sur le fait qu'une capacité de travail de 50% devrait pouvoir être maintenue à condition que la patiente puisse changer fréquemment de posture avec une certaine liberté d'organisation, et estimant qu'il est difficile d'envisager davantage, d'autant plus que l'assurée présente des problèmes cervicaux qui sont, eux, invalidants. En outre, dans le même sens, à teneur d'un courriel du 27 janvier 2024 du Dr I_____, rhumatologue traitant, les stages ont mis en évidence qu'il fallait à la recourante travailler le matin, l'impossibilité de travailler plus de 50% dans une activité adaptée en raison des douleurs l'obligeant à un repos l'après-midi. Le taux de 50% de capacité de travail dans une activité adaptée est également retenu par la médecin généraliste traitante, en particulier dans ses réponses du 5 janvier 2026 aux questions de la chambre de céans.

À cet égard, le Dr N_____ déclare en audience : « (...), concernant la lente dégradation, les imageries (IRM) ne montrent pas une différence notable dans le temps entre elles, mais la persistance des signes inflammatoires. Je la suis depuis 2022. Sans aucun doute l'accident de mars 2022 a décompensé la situation. En

outre la fatigabilité due aux douleurs diminue le rendement. À cet égard, il est possible que les anévrismes de 2015 et 2020 participent à cette fatigabilité (étant précisé que je n'ai pas exploré cette question). Liée à la fatigabilité due à la prise de médicaments et aux douleurs, il y aurait une exécution plus lente des tâches. Dans une situation telle que celle de ma patiente (qui est relativement jeune pour avoir de telles douleurs), il arrive souvent qu'il y ait d'autres conséquences, telles une irritabilité accrue et des réactions moins maîtrisées par rapport à autrui » (PV p. 2).

Le Dr I_____ fait quant à lui état de ce qui suit, toujours lors de l'audience : « (...), en plus des origines somatiques des douleurs, il pourrait y avoir chez ma patiente une anxiété qui aggraverait ses douleurs ; ce à quoi s'ajouterait encore sa crainte de prendre certains anti-inflammatoires en raison de ses anévrismes passés (...). [À la ligne] (...), j'ai remarqué un problème de fatigabilité qui accompagne toute activité physique après deux ou trois heures, malgré sa grande motivation pour effectuer des activités comme actuellement le bénévolat. Je ne peux pas me prononcer si une fatigabilité accompagnerait aussi une activité intellectuelle. Il y a une limite du corps, et après un certain temps s'ajoute des problèmes de concentration et d'absence de prises de certains médicaments. Elle compense son absence de prises de médicaments telle que (*recte* : par de) la balnéothérapie » (PV p. 2 et 3).

Par ailleurs, selon la Dre L_____, également entendue en audience, depuis que la recourante accomplit des activités de bénévolat, à savoir depuis l'été 2025, « son trouble dépressif récurrent présente un épisode actuel en rémission mais le trouble anxieux persiste avec des attaques de panique », et « ce trouble anxieux resterait même avec un travail satisfaisant mais moindre que depuis deux ou trois ans avec sa situation complexe et son manque de revenus » (PV p. 2).

De leur côté, les experts ne s'expriment pas clairement au sujet des douleurs, dont une intensité qui serait annoncée par l'expertisée ne semble pas figurer dans le rapport de l'expert rhumatologue mais seulement dans celui de l'experte psychiatre. Au demeurant, cette dernière mentionne seulement à propos des déclarations de l'expertisée qu'« au niveau des symptômes de douleurs, [celle-ci] déclare qu'ils sont présents depuis 2 ans et initialement présents à une échelle de 4 ou 5/10 » et que « ces douleurs augmentent en intensité, en particulier la nuit, pouvant provoquer des insomnies si elle ne trouve pas la position adéquate », que « le trajet des douleurs se situe dans la partie gauche au niveau cervical et lombaire » et qu'« elle ressent des refroidissements, des chaleurs, des fourmillements, parfois des décharges électriques », « les douleurs [pouvant] débiter au sommet du crâne, se prolonger au niveau des épaules jusqu'aux doigts, puis aux genoux jusqu'au 3^{ème} orteil » (p. 57). Ces deux experts n'examinent pas non plus de manière claire et circonstanciée la question de la fatigabilité qui serait liée aux atteintes somatiques.

4.1.3 Au surplus, le rhumatologue U_____ constate ce qui suit concernant les points de fibromyalgie : « Selon les critères ACR 2010-2016, retrouve un WIP à 8/19, des signes de sévérité à 9/12, ce qui donne un score de 17/31 qui confirme et permet de retenir le diagnostic qui requiert un score supérieur à 13/31 » (p. 49 ; NDR : en gras dès « qui confirme »).

Or ni cet expert rhumatologue ni l'experte psychiatre n'examinent les possibles conséquences de ce diagnostic sur la question de la capacité de travail.

Pourtant, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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). La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est applicable à toutes les maladies psychiques (cf. ATF 143 V 418) et aussi à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

Il sied de préciser ici que ni le neurochirurgien traitant ni le rhumatologue traitant n'ont, d'après leurs déclarations faites en audience, constaté des symptômes d'une fibromyalgie (PV p. 2, respectivement PV p. 2).

4.1.4 Enfin, si, lors de son audition en qualité de témoin, la psychiatre traitante L_____ ne paraît pas attester une incapacité de travail au plan psychique au moment où les experts ont examiné l'intéressée, à savoir à fin mai 2024, il n'en demeure pas moins qu'elle fait état de périodes d'incapacité de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent, aggravé par un trouble anxieux qui persiste avec des attaques de panique.

Toutefois, l'experte psychiatre n'explique pas de façon précise pourquoi les « symptômes anxio-dépressifs » (p. 72) présentés selon elle par l'intéressée ne seraient pas susceptibles de constituer une gêne pour celle-ci dans l'accomplissement de ses tâches, et elle ne semble pas s'être suffisamment intéressée à l'évolution de la problématique psychique, alors que d'éventuelles périodes durables d'incapacité de travail pour un tel motif pourraient les cas échéant justifier le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps (cf. notamment art. 28 LAI).

4.2 Les considérations qui précèdent conduisent à douter du bien-fondé des conclusions des experts U_____ et V_____, sur lesquelles repose la décision querellée.

Il est à cet égard relevé que la recourante semble avoir toujours adopté un comportement motivé et volontaire pour accomplir des activités professionnelles, sinon bénévoles (cf. notamment certificat de travail intermédiaire de l'employeur

du 6 octobre 2022 et courrier adressé le 11 décembre 2025 par l'OFAC à la chambre des assurances sociales).

4.3 Il se justifie en conséquence de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire aux plans rhumatologique et neurochirurgical (vu que les nerfs lombaire L4 à droite et cervical C7 gauche sont touchés ; déclarations du Dr N_____, in PV d'audition p. 2), avec un examen approfondi en matière de compatibilité avec l'état de santé de l'intéressée des médicaments (notamment antalgiques et anti-inflammatoires vu un éventuel risque en lien avec les anévrismes passés ; cf. notamment déclarations du Dr I_____, in PV d'audition p. 2 et 3, et réponses de la Dre E_____ du 5 janvier 2026 aux questions de la chambre de céans, point 4), expertise qu'il convient de confier aux Drs Y_____ et Z_____.

Un volet d'expertise psychiatrique ne paraît en l'état pas nécessaire, vu ce qui précède et le fait que, d'après la psychiatre traitante L_____ entendue en audience, à part certaines périodes, l'assurée aurait une capacité de travail de 100% au plan psychiatrique (PV p. 2), mais les experts devront à tout le moins tenir compte de l'impact – réduit et secondaire – de l'éventuelle anxiété résiduelle.

5. La suite de la procédure, en particulier au fond, est réservée.

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

Statuant préparatoirement

A. Ordonne une expertise judiciaire bidisciplinaire, portant sur les aspects rhumatologique et neurochirurgical, avec un examen approfondi en matière de compatibilité des médicaments avec l'état de santé de la recourante (*cf.* les considérants ci-dessus), confiée aux docteurs Y_____, spécialiste en rhumatologie, et Z_____, spécialiste en neurochirurgie.

1. Les experts ont 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 et nécessaires auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en requérant le cas échéant des rapports complémentaires portant sur d'autres domaines médicaux concernés et en s'entourant au besoin d'avis de tiers, le cas échéant sous forme d'examens par d'autres spécialistes ;

cela fait, de rédiger leurs rapports d'expertise répondant à tout le moins 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.

B. Charge les experts médecins Y_____ et Z_____ (*AUX PLANS RHUMATOLOGIQUE ET NEUROCHIRURGICAL*) **d'établir des rapports détaillés 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 Quelles sont leurs origines (causes) ?
- 4.6 Y aurait-il d'éventuelles atteintes à la santé dans des domaines autres que les spécialités médicales des experts rhumatologue et neurochirurgien, par exemple au plan psychiatrique (anxiété résiduelle ou autres troubles), qui pourraient le cas échéant avoir un impact en matière de limitations fonctionnelles et de capacité de travail ou dont il faudrait tenir compte sur ces points-ci ?

Si oui, lesquelles ?

Si tel est le cas, et si besoin, les experts Y_____ et Z_____ sont d'ores et déjà autorisés à requérir des examens cliniques et des rapports à établir par des médecins spécialistes dans les autres spécialités médicales concernées. Dans l'hypothèse où une expertise dans une de ces spécialités devait s'avérer nécessaire, les experts sont priés de bien vouloir en faire part immédiatement à la chambre de céans avec toutes explications et propositions utiles.

- 4.7 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins mars 2022, voire aussi octobre 2020, les experts devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 3 février 2025 (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) ?
- 4.8 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).
- 4.9 Y a-t-il une exagération des symptômes ou une constellation semblable (notamment discordance substantielle entre d'une part les plaintes et problèmes décrits par la personne expertisée et d'autre part 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) ?
- 4.10 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. Ressources

- 7.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 7.2 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 ?

8. Capacité de travail

- 8.1 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.
- 8.1.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
- 8.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ?
- 8.1.3 Si seulement partiellement, à quel taux ?

- 8.1.4 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 ?
- 8.2 Préciser les dates et indiquer le taux de l'éventuelle incapacité de travail durable dans une activité adaptée pour chaque diagnostic, et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
 - 8.2.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 8.2.2 Si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée, ou seulement partielle, depuis quelle date et pourquoi ?
 - 8.2.3 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 ?
 - 8.2.4 Quel sont le ou les domaines d'activité lucrative adaptée ?
 - 8.2.5 À quel taux ?
 - 8.2.6 Avec quelle évolution, y compris concernant les taux de l'éventuelle incapacité de travail ?
- 8.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité).
- 8.4 En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis mars 2022, voire aussi octobre 2020 ?
- 8.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 8.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- 8.7 Y aurait-il des facteurs non médicaux qui seraient susceptibles d'influencer la reprise de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée, et, si oui, lesquels ?

9. Traitement

- 9.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 9.2 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 ?
- 9.3 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 ?

- 9.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 9.5 Ce avec prise en considération et examen approfondi de la compatibilité avec l'état de santé de la recourante des médicaments qui pourraient le cas échéant avoir un effet positif sur la capacité, par exemple ceux qui servent à diminuer les douleurs (notamment antalgiques et anti-inflammatoires, etc.).
- 9.6 Existe-t-il des contre-indications médicales objectives de certains médicaments, en particulier anti-inflammatoires, anti-algiques et anti-dépresseurs, contre la douleur (Duloxétine et Venlafaxine), compte tenu de l'antécédent d'anévrisme cérébral de l'expertisée et de son hypertension artérielle (traitée par Co-Aprovel 150/12.5 mg 1x/jour, Beloc Zok 25 mg 1x/jour, Aspirine cardio 100 mg 1x/jour) ? Si de telles contre-indications existent, la poursuite à long terme de ces traitements doit-elle être considérée comme médicalement exigible de la part de l'expertisée ou, au contraire, les risques associés sont-ils de nature à en exclure ou en restreindre l'exigibilité ?
- 9.7 En cas de difficultés à répondre aux questions 9.5 et 9.6 ci-dessus, qui pourraient les cas échéant requérir des connaissances et compétences particulières dans des domaines médicaux spécifiques (notamment pharmacologie et toxicologie clinique), les experts Y_____ et Z_____ sont d'ores et déjà autorisés à demander un avis pharmacologique spécialisée, par exemple auprès du service de pharmacologie et toxicologies cliniques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG ; équipe du centre d'information thérapeutique et de l'unité de pharmacogénomique et thérapie personnalisée).

10. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 10.1 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins ayant traité la recourante, de même qu'avec les rapports d'expertise (mentionnés dans l'état de fait et la partie en droit plus haut) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11. Quel est le pronostic ?

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

Si oui, de quel type et pourquoi ?

- 12.1 Dans l'affirmative, à compter de quelle date, à quels taux d'activité et de rendement, et avec quelle progression attendue de la capacité de travail ? (À motiver)
- 12.2 Dans la négative, pour quelles raisons précises ?
- 12.3 Les experts Y_____ et Z_____ considèrent-ils justifié le refus de la recourante, avec à l'appui un certificat de sa médecin généraliste traitante, d'augmenter le taux d'occupation de son stage auprès de l'OFAC (en qualité

d'opératrice de numérisation auxiliaire, avec pour tâches le tri manuel d'ordonnances et autres documents de pharmacie et la préparation des dossiers à la numérisation) de 50% à 100% - ou à 60% ou à 70% - en décembre 2023 (cf. let. B.d de l'état de fait de la présente ordonnance d'expertise) ?

13. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles

14. Effectuer une appréciation consensuelle du cas, s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris l'appréciation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles.

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

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

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le