

# GE\_GERICHTE ATAS/1043/2025 vom 23. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1043\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1043_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1043/2025 du 23 décembre 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1043/2025 del 23 dicembre 2025

## Erwägungen

### E. 17

novembre 2025. Sur demande de son conseil, présentée à l'échéance du délai, et alléguant une surcharge de travail ainsi que le temps nécessaire à une écoute minutieuse des enregistrements sonores, un délai supplémentaire lui a été accordé jusqu'au 8 décembre 2025 pour produire son écriture. d. À l'issue du délai prolongé qui lui avait été imparti, la recourante n'a pas répliqué. e. La cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées. f. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

### EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de rejet de la demande de prestations de la recourante, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise du 6 novembre 2024. 3.

3.1 Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, 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 (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la

A/3290/2025 - 9/23 - 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 1er 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). 3.2 En l'occurrence, la décision litigieuse a, certes, été rendue après le 1er janvier 2022. Toutefois, l'éventuel droit à la rente serait né avant le 31 décembre 2021. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 4.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou

partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

A/3290/2025 - 10/23 - 4.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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, tel le CIM ou le DSM-IV (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). 4.3 Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en

application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 4.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est

A/3290/2025 - 11/23 - niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; ATF 145 V 215 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). 4.5 La dysthymie est caractérisée selon la CIM-10 par un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F34.1). Le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 CIM-10) est retenu quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Quant à l'état de stress post-traumatique (F43.1 CIM-10), il constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique « et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0). 5.

A/3290/2025 - 12/23 - 5.1 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). 5.2 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail.

A/3290/2025 - 13/23 - À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 6.

6.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations

d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable, en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence). 6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin

A/3290/2025 - 14/23 - dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 6.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 6.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 6.5 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de

rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

A/3290/2025 - 15/23 - 6.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 7.

7.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 7.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA

1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le

A/3290/2025 - 16/23 - cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 8.

En l'espèce, la recourante remet en question la valeur probante de l'expertise rhumatologique et psychiatrique du 6 novembre 2024, considérant que sa capacité de travail est limitée à 50%. L'intimé, de son côté, considère que l'expertise bi-disciplinaire de novembre 2024 présente une pleine valeur probante et relève, dans sa réponse, qu'un certain nombre de griefs développés par la recourante à l'encontre du rapport d'expertise sont injustifiés. 8.1 Il convient de rappeler qu'il s'agit d'une deuxième expertise administrative dont les conclusions rejoignent celles du précédent rapport d'expertise bi-disciplinaire du 16 juin 2022, à savoir que la recourante disposerait d'une capacité de travail entière, étant rappelé que la chambre de céans, dans son arrêt du 21 décembre 2023 ch. 10.3 et ss, avait relevé certaines lacunes et contradictions, principalement dans le volet psychiatrique de l'expertise du 16 juin 2022. Il sied, tout d'abord, d'examiner si le nouveau rapport d'expertise du 6 novembre 2024 présente une pleine valeur probante. 8.2 Ledit rapport remplit plusieurs des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il contient une anamnèse détaillée effectuée par chacun des experts, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives et les plaintes de la recourante, des observations cliniques, la description d'une journée-type, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas entre les deux experts. S'agissant du volet rhumatologique, l'expert s'est livré à un entretien approfondi, notamment quant aux douleurs ressenties par l'intéressée, leur apparition et l'évolution des limitations, les réactions de l'entourage ainsi que le traitement pris. Il a noté que la recourante prenait du Voltarène, à raison de 100 mg, trois fois par semaine, mais qu'elle ne faisait plus de physiothérapie depuis un an. Elle déclarait qu'elle gérait ses douleurs avec ses médicaments et qu'elle faisait des étirements et de la marche. La recourante ne se voyait pas travailler à plus de 50% en raison de son état psychiatrique et de ses douleurs au dos, ni dans le présent, ni dans le futur, notamment en lien avec une activité professionnelle ou avec la réadaptation professionnelle. Elle percevait un revenu de 50% pour son travail à mi-temps, 50% de la part des services sociaux et son époux disposait d'une rente invalidité de 100%. Deux de ses enfants vivaient encore à son domicile, l'un de 27 ans

A/3290/2025 - 17/23 - « qui est au social » et l'autre de 17 ans qui était encore en études. Elle déclarait recevoir beaucoup d'aide de la part de ses enfants et de son mari. Invitée à décrire une journée-type, elle expliquait qu'elle travaillait quatre heures le matin, puis rentrait, prenait son café et s'allongeait pendant deux heures. Après son réveil, elle commençait à préparer le repas et le ménage était partagé entre son mari, ses enfants et elle. Elle se rendait à ses rendez-vous avec son médecin traitant psychiatre, une fois par mois et à ses rendez-vous avec son médecin traitant généraliste, une fois tous les trois mois. Elle relatait s'être rendue en juillet 2024 en vacances en Bosnie, en bus, soit un voyage de 24 heures pour l'aller et 24 heures pour le retour. L'expert rhumatologue a observé que la recourante était calme et coopérante, « pas motivée à l'idée d'augmenter son taux de travail », sans stress pendant l'entretien et était restée assise confortablement. Il n'avait pas été nécessaire de recourir à un interprète. Pour le status rhumatologique, la marche était aisée et rapide, la mobilité spontanée, sans boiterie ni steppage et les bras tendus à l'horizontale

étaient tenus pendant quelques secondes. La colonne cervico-dorsale ne montrait aucune attitude antalgique ou déformante et la colonne lombaire montrait un relâchement de la sangle abdominale, mais l'épreuve talon / pointe des pieds se faisait sans difficulté ; il n'y avait pas de sensibilité à la palpation. Après examen rhumatologique, l'expert considérait qu'il était strictement normal, ne mettant en évidence aucune pathologie incapacitante au sens médico-théorique et médico-asséurologique. Selon l'expert, la personne assurée ne présentait aucune limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et ses plaintes rapportées n'étaient pas validées par l'examen du jour. L'expert notait que la patiente avait fait un voyage en bus de 24 heures aller et 24 heures retour jusqu'en Bosnie en été 2024, alors qu'elle décrivait déjà une douleur lombaire depuis de nombreuses années. Il n'était pas nécessaire d'envisager des mesures de réadaptation et l'expertisée ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue rhumatologique, raison pour laquelle l'expert concluait à une capacité de travail de 100%, sans baisse de rendement, dans l'activité habituelle qui avait évolué de façon favorable depuis toujours, en dehors des poussées aiguës pour une période d'une à trois semaines. Sur le plan psychiatrique, la recourante a déclaré avoir vécu la guerre en Bosnie, à Srebrenica, « dès l'âge de deux ans » puis s'être mariée à 14 ans et avoir été mère de son premier enfant à 16 ans. Son propre père avait été tué pendant la guerre et l'assurée évoquait avoir connu la misère et la pauvreté. Elle était arrivée en Suisse, avec sa famille, en 1999, et était retournée en Bosnie en 2014, pour la première fois depuis son départ, ce qui avait déclenché des problèmes de sommeil, la recourante exposant s'être souvenue de son enfance à partir de cette date. En 2018, alors qu'elle avait un poste de travail à 100%, elle avait souffert de problèmes familiaux, car son fils aîné (né en 1995) lui aurait donné un coup au visage pour lequel elle se serait rendue aux urgences. Elle déclarait avoir craqué et

A/3290/2025 - 18/23 - s'être « battue pour travailler » mais ensuite, elle aurait bénéficié d'un certificat d'incapacité de travail au motif d'une situation difficile à la maison. La recourante évoquait une enfance détruite, ne pas arriver à s'endormir et ressentir de la fatigue physique, avec un manque de force, en particulier l'après-midi, se sentant triste en pensant à son enfance et pensant que si elle se remettait à travailler à 100%, elle se retrouverait en incapacité de travail, pour mal de dos et fatigue, car elle avait besoin de se reposer, même à la maison. Selon la recourante, elle avait travaillé comme femme de ménage depuis 2001 jusqu'à aujourd'hui, mais ne travaillait à l'heure actuelle qu'à un taux de 50%. C'était son médecin généraliste qui lui délivrait les certificats d'incapacité de travail, mais son psychiatre lui avait dit qu'il les lui fournirait si le médecin généraliste ne lui en donnait pas. Elle voyait sa psychiatre, la Dre E\_\_\_\_\_, à raison d'une fois par mois pendant deux heures, discutant dans sa langue maternelle et prenait de l'Escitalopram (antidépresseur), à raison de 20 mg par jour depuis 2018 ainsi que du Zoldorm (médicament hypnotique somnifère), à raison de 10 mg toutes les deux nuits. Interrogée sur son humeur, la recourante relatait de la tristesse, un jour sur deux, le matin au réveil, une fatigue l'après-midi, une perception du futur dans lequel elle poursuivait son activité lucrative comme à l'heure actuelle ; elle avait peu d'amis, mais voyait sa sœur de temps en temps, puis sa mère et une amie. En ce qui concernait le sommeil, la recourante déclarait s'endormir vers 22 heures et se réveiller à sept heures du matin ; s'agissant de sa propre perception, la recourante considérait qu'elle faisait tout à la maison et qu'elle était une bonne maman. Toutefois, dans le cadre de l'anamnèse sociale, la recourante déclarait que son mari et ses enfants effectuaient des tâches ménagères au domicile et que c'était son mari qui s'occupait des tâches administratives à la maison. Elle exposait que son fils aîné avait

été placé en foyer éducatif, de 11 ans jusqu'à 18 ans et aurait eu affaire au juge des mineurs. Appelée à décrire une journée-type, la recourante a fait les mêmes déclarations que devant l'expert rhumatologue. S'agissant des observations de l'experte psychiatre, cette dernière n'avait rien noté de particulier, considérant que les fonctions cognitives étaient dans les normes, que sur le plan de l'humeur, il n'était pas observé de tristesse pathologique, mais une légère peine, en lien avec le récit autobiographique, néanmoins cette peine n'atteignait pas l'intensité d'une douleur morale ou d'une anesthésie affective ; il n'y avait pas de pessimisme. Il n'y avait eu aucun pleur pendant les deux heures d'entretien et la recourante n'était pas labile sur le plan émotionnel. En ce qui concernait d'éventuels traumatismes liés à la guerre de Bosnie, la recourante ne relatait pas de scènes traumatiques, comme si elles étaient vécues à nouveau, ni ne relatait un sommeil perturbé par des phénomènes ou des cauchemars ; il n'y avait pas de ruminations douloureuses et répétées ou de réactualisation de scènes traumatiques. Aucun trouble de la personnalité n'était relevé si ce n'étaient quelques éléments de la personnalité anxieuse et évitante, avec notamment une possible hypersensibilité à la critique. L'examen psychiatrique se situait dans les normes et après examen du dosage sanguin, l'experte psychiatre considérait qu'il y avait une

A/3290/2025 - 19/23 - bonne adhésion médicamenteuse les jours précédents la prise de sang. En conclusion, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% depuis toujours. 8.3 S'agissant des appréciations des médecins traitants, le médecin généraliste D\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 13 mai 2024, mentionne les diagnostics de lombocruralgie L3 G, sur nodule disco-ostéophyttaire, d'état anxio-dépressif, d'état de stress post-traumatique et de tendinite de la coiffe des rotateurs droite. Selon lui, la patiente aurait repris une activité professionnelle à l'automne 2018, mais se serait rendu compte que son état de santé ne lui permettait pas d'honorer son poste à 100% et elle avait demandé de diminuer son taux d'activité, raison pour laquelle dès janvier 2019, elle s'était mise à travailler à 50%. Le médecin concluait que c'était donc des motifs médicaux qui justifiaient ce taux d'activité de 50% et recommandait que la recourante puisse bénéficier, soit d'une reconversion professionnelle qui pourrait lui permettre de reprendre une activité à 100%, soit d'une rente à 50%. S'agissant de la lombosciatique hyperalgique de l'automne 2019, l'évolution avait été favorable mais il persistait actuellement une fragilité lombaire, avec apparition de lombalgies après quelques heures en position debout et lors de certains mouvements, ce qui limitait sa capacité de travail. Il en était de même des souffrances dues à la tendinite de la coiffe des rotateurs, avec des douleurs parfois insupportables après quelques heures de travail comme femme de chambre, raison pour laquelle le médecin considérait que la capacité de travail était de 50% dans la profession de femme de chambre. Il était encore noté une aggravation de la situation depuis le mois d'octobre 2019, en raison de « cette lombo cruralgie nouvelle », les traitements de physiothérapie ayant été interrompus entre mars et juin 2020 et la situation étant actuellement stable, selon la charge de travail actuelle. Le médecin soulignait toutefois que, d'un point de vue médical, cette patiente était capable d'exercer une activité adaptée à 100%. Il mentionnait avoir prescrit de la physiothérapie. Le médecin psychiatre E\_\_\_\_\_ mentionnait dans son rapport médical du 17 septembre 2024 que le « travail à 100% est impossible », justifiant par cela que « travailler à 100% s'était avéré impossible il y a des années (1918 recte : 2018) » et la patiente s'était « arrêtée d'elle-même car c'était intenable pour elle ». Elle mentionnait la fatigue et l'épuisement, des douleurs diffuses, des céphalées, une humeur dépressive, des crises de panique avec manque d'oxygène, des troubles de la concentration qui l'empêchaient de travailler rapidement. À la question d'exercer une activité professionnelle

adaptée à son état de santé, la psychiatre répondait que vu le manque de connaissance de français, il était impossible de lui demander un tel effort pour apprendre, surtout vu son humeur dépressive et la diminution d'envie et de force cognitive. D'emblée, il convient de relever la grande différence des appréciations des experts et des médecins traitants. Le généraliste décrit une humeur anxiodépressive ainsi qu'un stress post-traumatique alors qu'il s'agit de diagnostics qui doivent plutôt

A/3290/2025 - 20/23 - être posés par des spécialistes. Dès lors qu'il n'explique pas lesdits diagnostics et ne donne aucun détail, il convient d'écarter ces appréciations qui ne sont en rien partagées par l'experte psychiatre. S'agissant des diagnostics somatiques, on constate une certaine contradiction chez un généralistes qui explique qu'il y a eu une évolution favorable depuis l'automne 2019 de la lombosciatique hyperalgique tout en mentionnant une aggravation simultanée en raison de la lombocruralgie nouvelle. Il n'explique pas non plus pour quelle raison la physiothérapie qu'il a prescrite n'a pas seulement été interrompue entre mars et juin 2020, mais a été totalement arrêtée par la recourante depuis une année, selon ses déclarations. Il explique la diminution du travail par des raisons somatiques alors même que la psychiatre traitante les justifie par la situation familiale devenue difficile, la recourante elle-même ayant expliqué qu'elle avait obtenu un certificat d'arrêt de travail en raison de la situation familiale. En ce qui concerne la tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, elle n'est pas mentionnée par la recourante dans le cadre de l'expertise (cf p. 21, ch. 3.2, sous Affections actuelles - Entretien libre et questions structurées), étant précisé que pendant l'examen clinique, l'expert rhumatologue a observé pour les membres supérieurs, les mêmes amplitudes de mouvements et mobilités des épaules, aussi bien pour le bras droit que pour le bras gauche (cf. tableau, p. 26), une telle similitude de la mobilité des deux bras, sans qu'aucune douleur ne soit évoquée, étant peu compatible avec une tendinite de la coiffe des rotateurs droite. En conclusion, les appréciations du médecin traitant généraliste ne parviennent pas à rendre vraisemblable des contradictions ou des éléments oubliés par l'expert rhumatologue dans son rapport d'expertise. On ajoutera que dans ses conclusions, le médecin généraliste convient que la patiente pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée. Les appréciations de la médecin psychiatre prêtent également le flanc à la critique. Il n'y a plus d'évocation d'un stress post-traumatique dû à la guerre de Bosnie mais un stress vécu en 2018, suite auquel la recourante a dû diminuer ses activités à 50%. Les crises de panique ne sont pas retrouvées dans l'expertise, pas plus que l'affirmation selon laquelle « la vie ne vaut pas la peine ». Il en va de même des troubles de la concentration qui n'ont pas non plus été relevés par l'experte psychiatre qui mentionne, au contraire, que l'attention, la mémoire immédiate et la concentration sont « excellentes » (cf. expertise p. 43). Enfin, comme le relève l'experte psychiatre, certaines limitations de la recourante dans une activité adaptée, telles qu'elles sont mentionnées par la médecin psychiatre, sont de nature psychosociales et non pas médicales, à savoir le « manque de connaissance du français », étant encore précisé que les deux experts ont relevé que la recourante s'exprimait correctement en français. De même, les limitations dues à une humeur dépressive et à un manque de force cognitive ne se retrouvent pas dans l'expertise psychiatrique.

A/3290/2025 - 21/23 - En conclusion, les appréciations de la médecin psychiatre ne permettent pas non plus de rendre vraisemblable que l'expertise psychiatrique contient des contradictions ou des lacunes. À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi que le rapport d'expertise bi-disciplinaire présente une pleine valeur

probante et que les conclusions des experts peuvent être suivies. 8.4 Dans son précédent arrêt, la chambre de céans avait relevé que la question qui se posait était de savoir si la capacité de travail de la recourante était effectivement de 50% pour des raisons médicales ou si elle est était, au contraire, capable d'exercer une activité lucrative à 100%, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il ressort des déclarations de la recourante que cette dernière est satisfaite d'une activité limitée à 50%. On peut déduire de ses déclarations qu'elle craint d'augmenter le pourcentage de son activité, par peur d'être davantage fatiguée ou malade. Néanmoins, comme l'ont relevé les experts, elle semble assez peu encline à envisager une réadaptation professionnelle lui permettant de travailler à 100% alors même que son médecin traitant généraliste juge qu'elle en serait capable. Plusieurs éléments conduisent toutefois la chambre de céans à considérer que c'est en premier lieu pour faire face une situation familiale difficile que la recourante a diminué ses activités, ce qui ressort d'ailleurs des explications fournies par sa médecin psychiatre sous ch. 1 de son rapport du 17 septembre 2024. Cette explication est confirmée par le passage mentionné par l'experte psychiatre (expertise, p. 49), qui date de 2020 et selon lequel la recourante exprime « vouloir être présente et disponible pour son plus jeune fils afin qu'il ne reproduise pas le parcours de ses deux grands frères, selon ses dires. Dans ce contexte elle ne veut pas maintenir une activité à 100%, elle estime également qu'elle a donné suffisamment de sa personne au fil de ces années ». Cette explication est recoupée par la réticence de la recourante à envisager d'éventuelles mesures de réadaptation lui permettant de travailler à 100%. À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans considère que la recourante échoue à rendre vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne dispose pas, pour des raisons médicales, d'une capacité de travail de 100% dans son activité actuelle ou dans une activité adaptée. 8.5 Comme l'a relevé l'intimé, les prétendues lacunes de l'expertise qui sont mentionnées dans le mémoire de recours sont erronées, la période de travail de 50% et la nécessité de s'allonger pendant deux heures étant mentionnées par les experts, de même que la prise de somnifères pour dormir. 8.6 En ce qui concerne les demandes d'actes d'instruction, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise est disponible depuis le 6 novembre 2024 et que la recourante a eu largement le temps de demander les supports

A/3290/2025 - 22/23 - d'enregistrement de l'expertise et de les auditionner. On rappellera qu'elle ne l'a pas fait après réception du rapport d'expertise de novembre 2024, pas plus que dans le cadre de la procédure d'audition qui a suivi le projet de décision du 5 juin 2025, et qu'elle ne l'a pas non plus fait dans le cadre de la présente procédure, en dépit de la prolongation du délai consentie par la chambre de céans. Partant, la demande de pouvoir écouter les enregistrements d'expertise afin de « motiver ensuite plus avant son recours » ne paraît pas nécessaire, dès lors que la recourante dispose de toutes les pièces écrites. En l'absence d'éléments précis, pouvant faire croire à une rédaction du rapport d'expertise qui ne correspondrait pas, dans les grandes lignes, aux enregistrements, la chambre de céans considère que l'audition des enregistrements n'est pas à même d'apporter des éléments de nature à modifier son appréciation, de même qu'elle juge inutile l'audition de la recourante et de ses deux médecins traitants, celle-ci s'étant exprimée dans ses écritures et ceux-là ayant largement eu l'occasion de faire valoir leurs appréciations, notamment dans le cadre de leurs rapports médicaux examinés supra. Si le droit d'être entendu comprend, notamment, le droit pour l'intéressé d'offrir des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il y soit donné suite (ATF 132 II 485 consid. 3.2 ; 127 I 54 consid. 2b) il n'empêche pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves et de procéder à une appréciation anticipée

de ces dernières, s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 138 III 374 consid. 4.3.2). En outre, il n'implique pas le droit à une audition orale ni à l'audition de témoins (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). 9.

9.1 Le recours est rejeté. 9.2 La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante.

A/3290/2025 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.