

GE_GERICHTE ATAS/512/2025 vom 26. Juni 2025

GE Cour de justice, 2025-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_512_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/512/2025 du 26 juin 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/512/2025 del 26 giugno 2025

Erwägungen

E. 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.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, au vu du fait que le délai de 30 jours est parvenu à échéance le 21 octobre 2023, soit un samedi, et a été reporté au 23 octobre 2023, premier jour ouvrable qui suit (art. 60 al. 1 et 38 al. 3 cum art. 60 al. 2 LPGA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et la force probante de l'expertise bidisciplinaire.

E. 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 (cf. 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 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). En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait en mai 2021 dès lors que la demande de prestations a été déposée en novembre 2020, voire au plus tôt en mars 2021 compte tenu de la réception d'une demande d'allocation pour impotent en septembre 2020 par l'intimé (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de LAI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

E. 3.2

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,

A/3450/2023 - 14/23 - est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 3.3

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015

A/3450/2023 - 15/23 - consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour

admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

E. 3.4

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). 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 LPG), 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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

A/3450/2023 - 16/23 - 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 (cf. 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 n. 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 distincte. 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_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

A/3450/2023 - 17/23 -

E. 4

En l'espèce, il convient en premier lieu de se prononcer sur la méthode d'évaluation de l'invalidité, la recourante alléguant que, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé à plein temps. Elle fait en particulier valoir que la reconnaissance d'un statut mixte (80% de part professionnelle et 20% de part ménagère) repose sur une ancienne appréciation résultant de la première enquête économique sur le ménage de 2008, qui n'aurait pas été réévaluée en dépit d'un changement important des circonstances. Son fils cadet était en effet âgé de douze ans en 2008, raison pour laquelle elle avait dû diminuer son taux d'activité ; il est désormais bien plus âgé et elle ne doit plus travailler à temps partiel pour se charger de son éducation. La thèse que développe la recourante dans ses écritures ne peut être suivie. Elle se heurte en effet à ses déclarations faites en juillet 2020 aux termes desquelles, alors qu'elle était expressément interrogée à ce propos, elle a exposé qu'en bonne santé, elle exercerait une activité professionnelle à 80%, afin de vivre, manger et payer ses factures. Or, son fils cadet était à l'époque largement majeur, de sorte que la situation familiale avait déjà évolué depuis 2008. Il sied en outre de constater que cette volonté de travailler à 80% était présente de longue date, puisque la recourante déclarait déjà, en 2007, dans le premier questionnaire servant à déterminer son statut, qu'elle aurait travaillé à ce taux si son état le lui avait permis, dès que ses enfants auraient été scolarisés. L'intimé ayant instruit la question du statut de la recourante en s'enquérant auprès de celle-ci de ses aspirations quant à la répartition de son temps, l'argument tiré de l'absence d'actualisation de l'enquête ménagère

de 2008 sur ce point tombe à faux. Par ailleurs, dans la mesure où, selon la jurisprudence, il convient d'accorder la préférence aux premières déclarations d'un assuré, qui correspondent généralement à celles faites alors que la personne n'était peut-être pas encore consciente de leurs conséquences juridiques, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités), et au vu du fait que la recourante ne se prévaut d'aucun autre élément pouvant attester de sa volonté de travailler à plein temps, il sied en l'occurrence de confirmer, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, le statut retenu par l'intimé, de personne active à 80%.

E. 5

S'agissant de l'évaluation de l'invalidité dans la sphère professionnelle, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire et a admis une incapacité de travail de 10% dans toute activité. Compte tenu de l'absence d'empêchement pris en considération dans la sphère ménagère et de la pondération des deux sphères d'activités, cela la conduit à un degré d'invalidité global de 8%. La recourante critique pour sa part les conclusions afférentes à sa capacité de travail et estime, au vu des avis exprimés par le Prof. L_____, qu'elle est totalement incapable de travailler dans la moindre activité.

A/3450/2023 - 18/23 - Il convient en premier lieu d'examiner la question de la valeur probante à accorder à l'expertise bidisciplinaire des Drs J_____ et K_____.

E. 5.1

À titre liminaire, il sied de constater que la recourante ne critique pas de manière détaillée les conclusions du Dr K_____, aux termes desquelles elle ne présente pas de diagnostic ou de limitations fonctionnelles incapacitantes sous l'angle psychiatrique. Le fait que l'expertise bidisciplinaire ne mentionne pas, dans la synthèse du dossier, certains rapports médicaux de la précédente généraliste et rhumatologue ayant attesté d'un état dépressif sévère en 2009 ne paraît pas déterminant, compte tenu de l'absence de spécialisation en psychiatrie du médecin concerné, du fait que, dans l'intervalle, une expertise psychiatrique se prononçant sur cette période a été mise en œuvre, et que le Dr K_____, sans être contredit par la recourante, a retenu que l'atteinte psychique était en rémission depuis au moins cinq ans. S'agissant en outre de l'absence de prise en considération des questions complémentaires posées par la recourante, il sied de constater qu'elles portaient exclusivement sur des aspects somatiques, de sorte qu'il ne peut être fait grief à l'expert psychiatre de ne pas les avoir traitées. Quant à la négation d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr K_____ était habilité à se prononcer à cet égard, s'agissant d'une maladie classifiée dans les maladies psychiques selon la CIM-10 (F45.40). Par conséquent, à défaut de tout autre élément médical qui viendrait contredire l'appréciation du Dr K_____, son caractère probant peut être confirmé.

E. 5.2

Le même raisonnement ne peut être tenu s'agissant de l'expertise rhumatologique du Dr J_____. Bien que cette expertise ait été établie sur la base d'observations cliniques, ainsi que du dossier déjà constitué, qu'elle dresse une anamnèse et tienne compte des plaintes exprimées par la recourante, plusieurs éléments conduisent à faire douter de ses conclusions. Le Dr J_____ indique qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée au B_____ en 2011, mais aboutit, contrairement, à un autre résultat. Alors que les experts du B_____ retenaient une incapacité totale de travail dans

l'activité habituelle de vendeuse, aux yeux du Dr J_____, la capacité de travail de la recourante dans une telle profession est au contraire totale, avec uniquement une diminution de rendement de 10%. Par ailleurs, l'expert ne mentionne pas, à titre de limitation fonctionnelle, la nécessité d'alterner les positions alors que le premier expert rhumatologue retenait cette limitation. Le Dr J_____ affirme aussi qu'il n'y a pas eu de détérioration objective de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise de 2011, quand bien même l'imagerie réalisée depuis lors, en particulier l'IRM du 10 juin 2022, conclut à une volumineuse hernie discale L4-L5 en augmentation par rapport aux comparatifs, entraînant un effet de masse modéré sur la racine L5 gauche. Son affirmation selon laquelle les images, « pour évidentes », n'occasionneraient pas de conflit avec les racines nerveuses est ainsi peu compréhensible. À ces éléments intrinsèques, qui jettent déjà le doute sur le bien-fondé de l'expertise

A/3450/2023 - 19/23 - rhumatologique, s'ajoute le fait que le Prof. L_____, spécialiste FMH en neurologie, fait état, dans son rapport du 15 avril 2025, d'une compression algique de la racine L5 gauche, en corrélation avec la symptomatologie d'irradiation douloureuse décrite par la recourante. Cette compression de racine est un élément objectif qui a été mal appréhendé dans l'expertise rhumatologique et qui, ajouté aux autres manquements relevés, est suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions. Le SMR lui-même admet, dans son avis du 28 mai 2025, que les rachialgies se sont aggravées, tant au niveau clinique que radiologique. Au vu de l'analyse incomplète, sous l'angle neurologique, de la situation, une pleine force probante ne peut par conséquent être reconnue à l'expertise rhumatologique, sans qu'il faille se prononcer sur tous autres les griefs soulevés par la recourante à son sujet.

E. 5.3

Il sied par ailleurs de constater que le SMR, après avoir pris connaissance des rapports du Prof. L_____, ne remet pas en cause les constats radiologiques et cliniques posés par ce dernier. Il se contente d'arguer que l'état de santé de la recourante ne justifierait pas son exclusion du monde du travail, notamment s'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, alors que le Prof. L_____ n'y a pas conclu, puisqu'il retient, sur le plan médico- théorique, une capacité de travail résiduelle de 2-3 heures par jour dans une activité adaptée. Concernant la question de la baisse de rendement, il paraît assez clair, au vu des réponses du médecin précité, qu'il l'estime de 1/3 à 50% sur le temps de présence admis, à savoir que le rendement est diminué d'autant durant les 2-3 heures de temps de présence. Quant à l'intimé, il n'élève aucune objection circonstanciée contre l'appréciation du neurologue, mais se limite à dire que les limitations fonctionnelles reconnues (épargne du rachis et fatigue) n'empêcheraient pas l'employabilité. Outre que le Prof. L_____ n'a pas nié toute capacité de travail, l'intimé méconnaît ainsi que ce médecin n'a pas uniquement décrit une limitation de la mobilité du rachis, mais aussi de la mobilité corporelle en général, ainsi qu'une incapacité à maintenir une position assise ou debout prolongée, cette nécessité à devoir alterner les positions ayant d'ailleurs aussi été reconnue par la rhumatologue du B_____ dans son expertise. À ce stade de la procédure, l'intimé n'oppose par conséquent aucun argument sérieux aux conclusions motivées du Prof. L_____, qui rejoignent par ailleurs celles des médecins traitants. Cela étant, du fait du statut mixte de la recourante (cf. consid. 4 supra) et du fait que, contrairement à ce que soutient la recourante, les conclusions émises sur le plan neurologique ne font pas état d'une entière incapacité de travail, la Cour de céans n'est, en l'état, pas en mesure de se prononcer

sur l'invalidité globale de la recourante. Il manque en effet une évaluation actualisée de ses capacités fonctionnelles dans son ménage, la précédente enquête économique, effectuée en 2008, remontant à plusieurs années avant l'aggravation de sa situation de santé et à une époque où l'assurée vivait avec ses trois enfants mineurs. Bien que le bilan

A/3450/2023 - 20/23 - d'ergothérapie dressé conjointement avec l'évaluation du Prof. L _____ donne des renseignements utiles quant aux facultés de la recourante à réaliser certains gestes de la vie courante, il ne répond cependant pas à tous les critères d'une enquête économique sur le ménage et n'intègre en particulier pas la question de l'aide exigible des proches. Le Prof. L _____ a au surplus précisé que la diminution de rendement de 50% ressortant de l'évaluation en ergothérapie tenait aussi compte, en sus de l'empêchement à réaliser certaines tâches, du ralentissement et de la mauvaise réalisation de celles-ci. Or, pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267 consid. 5.2.1 ; 133 V 504 consid. 4.2), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé. Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 consid. 4.2. et les références). Au regard des principes cités ci-dessus, il apparaît ainsi indispensable d'examiner l'exigibilité du fils majeur de la recourante, qui partage le logement avec sa mère. En vertu du caractère fractionnable des tâches ménagères, le ralentissement cité par le neurologue pourrait par ailleurs ne pas être déterminant dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité. Dans ces circonstances, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une nouvelle enquête économique sur le ménage et nouvelle décision quant au degré d'invalidité de la recourante, en tenant compte, s'agissant de l'invalidité dans la sphère professionnelle, des constats neurologiques mis en évidence par le Prof. L _____, non contestés de manière convaincante par le SMR.

E. 6

La recourante conclut à ce que les frais d'établissement du rapport du

E. 11

avril 2024 du Prof. L _____ – CHF 5'757.83 – soient pris en charge par

A/3450/2023 - 21/23 - l'intimé. Ce dernier s'y oppose, arguant que l'on ne saurait lui faire supporter les frais d'un examen neurologique non nécessaire, qui plus est effectué à la demande de la recourante, avant que la Cour de céans n'ait apprécié la valeur probante de l'expertise qu'il avait diligentée. Cet examen ne constituerait par ailleurs pas une expertise au sens propre, mais évaluerait différemment un même état de fait, serait basé sur des questions lacunaires, et ne contiendrait pas de diagnostics différentiels ou de tests de validation des symptômes. Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais d'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_523/2022 du 30 mars 2023 consid. 7.2 et la référence). L'admissibilité de l'imputation des frais d'un rapport médical à l'administration ne dépend pas de la question de savoir si ledit rapport a effectivement permis de fournir les éclaircissements attendus par le juge cantonal. Il peut suffire qu'il donne lieu à des investigations supplémentaires qui n'auraient pas été ordonnées en son absence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.3 et les références). En l'espèce, le rapport du 11 avril 2024 du Prof. L. _____ était utile à la résolution du litige, puisqu'il a évalué l'état de santé de la recourante d'un point de vue neurologique et a permis de mettre en évidence le fait que les conclusions de l'expert rhumatologue étaient erronées. Dans ces circonstances, il ne s'agissait pas, contrairement à ce que prétend l'intimé, d'un examen superflu et d'une simple appréciation divergente d'un même état de fait. L'intimé ne saurait au demeurant être suivi lorsqu'il affirme que la recourante aurait dû attendre l'appréciation de la Cour de céans au sujet de l'expertise bidisciplinaire, avant de mandater un expert privé. Elle se trouvait en effet confrontée au fait que l'intimé avait accordé une pleine valeur probante à l'expertise bidisciplinaire, et était dès lors en droit de recueillir d'autres avis médicaux permettant d'en infirmer les conclusions. Au vu des contradictions internes assez évidentes dont souffrait l'expertise rhumatologique (cf. consid. 5.2 ci-dessus), il peut par ailleurs être fait grief à l'intimé de ne pas avoir ordonné lui-même d'autres mesures d'instructions, laissant ainsi à la recourante la charge de compléter l'état de fait, ce qui n'est pas admissible dans une procédure soumise au principe inquisitoire (art. 43 LPGA). L'intimé ne critique par ailleurs en aucune façon le montant des honoraires facturés, qui se composent des frais de reddition de l'expertise neurologique (CHF 2'500.-), des frais de consultation et d'examen neurologiques (CHF 408.70), des frais de l'IRM et du radiologue (CHF 936.65), ainsi que des frais de l'évaluation en ergothérapie (CHF 1'912.50). Ces frais n'apparaissent pas

A/3450/2023 - 22/23 - excessifs et doivent ainsi être mis intégralement à la charge de l'intimé, pour un montant total de CHF 5'757.85. Par opportunité, il sera par contre renoncé à faire supporter à l'intimé les frais du rapport complémentaire du 15 avril 2025, de CHF 300.-, occasionnés par la demande de renseignements de la Cour de céans. 7. Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 19 septembre 2023 annulée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoluments de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3450/2023 - 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.