

## **GE\_GERICHTE A/315/2023 vom 3. Juli 2024**

GE Cour de justice, 2024-07-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_315\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_315_2023)

FR: GE\_GERICHTE A/315/2023 du 3 juillet 2024

IT: GE\_GERICHTE A/315/2023 del 3 luglio 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

octobre et 19 décembre 2007. Au niveau somatique, a été diagnostiqué un syndrome lombaire, ayant des répercussions sur la capacité de travail, dans le cadre d'un trouble statique, d'un antérolisthésis L5 sur spondylodèse bilatérale, de discopathies modérées L3-S1 avec une hernie sous-ligamentaire L3-L4 et L4-L5, et d'une possible instabilité segmentaire et des dysbalances musculaires. Ont également été constatés, sans effets sur la capacité de travail, des cervicobrachialgies persistantes non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et d'une ébauche d'uncarthrose C5-C6, un excès pondéral, un status post cholécystectomie en 1999 et une tendance à l'hypotension artérielle. L'assurée devait éviter les positions debout, assise prolongée, en porte-à-faux et avec des flexions-rotations du tronc, le travail sur des machines vibrantes ou à la chaîne, et le port de charges était limité à 10 kg occasionnellement. Dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles biomécaniques, la capacité de travail était entière avec une diminution de rendement en raison de la nécessité de changer fréquemment de position. L'examen rhumatologique et les clichés radiologiques disponibles ne fournissaient pas d'élément objectif pour expliquer une incapacité de travail de 50% continue dans toute activité, comme attesté par le médecin traitant. La capacité de travail pouvait être estimée à 80% dans une activité adaptée, depuis le mois de mars 2004, étant relevé que le poste actuel semblait adapté, puisque l'assurée devait uniquement nettoyer des établis dans une usine d'horlogerie, sans se baisser, et que celle-ci n'avait jamais travaillé à plus de 50%. Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffrait d'aucun diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Ont toutefois été relevées une expérience de guerre dans le contexte du conflit en Bosnie entre 1992 et 1995, et une tristesse liée au deuil de sa mère décédée au mois de juin 2007. La capacité de travail était donc entière sur le plan strictement psychiatrique. d. L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère, réalisée le 15 septembre 2008, laquelle a conclu à un taux d'invalidité de 13.5%. e. Par décision du 6 février 2009, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2003 au 30 mai 2004. Il a considéré que la capacité de travail de l'intéressée avait été considérablement restreinte à partir du 1<sup>er</sup> mars 2002, mais qu'elle était de 80% dans une activité légère adaptée à son atteinte à la santé et à ses limitations fonctionnelles, depuis le mois de mars 2004. Le revenu de sa dernière activité ne représentait pas la mesure de ce qu'elle était véritablement apte à gagner en tant que personne valide, si bien qu'il convenait de se référer aux salaires statistiques pour déterminer les revenus avec et sans invalidité. Il en découlait un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour donner droit à une rente. f. L'assurée a été engagée par B\_\_\_\_\_ comme employée d'entretien à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2010, à raison de 8.5 heures par semaine. Elle a été en incapacité totale de travail dès le 5 mars 2018 et a perçu des indemnités journalières de la part de l'assurance perte de gain. B. a. Le 8 octobre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, faisant état de douleurs dorsales depuis 2012

et d'une opération de la colonne vertébrale. b. L'OAI a procédé à l'instruction médicale du dossier et a notamment recueilli des rapports du docteur C\_\_\_\_\_, responsable de la chirurgie de la colonne vertébrale aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG ; rapports des 27 avril, 6 juin, 19 juillet et 8 novembre 2018) et du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne (rapport du 13 novembre 2018). c. Par communication du 29 janvier 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'intervention précoce, sous la forme d'un cours de français intensif. Celui-ci devait se dérouler du 4 février au 3 mai 2019, mais a été interrompu après deux mois pour des raisons médicales. d. Après avoir reçu de nombreux documents médicaux, émanant notamment du Dr D\_\_\_\_\_ (rapports des 23 avril, 21 juin et 2 octobre 2019, 15 janvier 2020), de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG (rapport du 13 novembre 2019), de la docteure E\_\_\_\_\_, médecin au service de rhumatologie des HUG (rapport du 13 mars 2020), de la docteure F\_\_\_\_\_, psychiatre (rapport du 30 mars 2020), du docteur G\_\_\_\_\_, médecin au service de rhumatologie des HUG (rapport du 3 avril 2020), l'OAI a confié une expertise bidisciplinaire au H\_\_\_\_\_ (ci-après : H\_\_\_\_\_), comportant des volets rhumatologique et psychiatrique. e. Dans leur rapport du 10 mai 2021, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins au H\_\_\_\_\_, ont retenu les diagnostics incapacitants de syndrome lombo-vertébral par déconditionnement musculaire, de discopathies dégénératives L3-L4, L4-L5 et L5-S1, et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). À titre de diagnostics non incapacitants, ils ont mentionné un status post-arthrodèse L5-S1, avec mise en place d'une cage intersomatique, et une personnalité dépendante (F60.7). L'examen rhumatologique n'avait pas mis en évidence de pathologie incapacitante au sens médico-théorique dans une activité adaptée. Seul était retrouvé un syndrome lombo-vertébral persistant par déconditionnement musculaire global, sans syndrome radiculaire ou irritatif. L'examen neurologique était normal. Il n'y avait pas de critères en faveur d'une fibromyalgie ou d'un rhumatisme inflammatoire. L'IRM lombaire complémentaire du 23 mars 2021 avait mis en évidence un status post-arthrodèse L5-S1, avec la mise en place d'une cage intersomatique, en place sans signe de complication, ainsi qu'un antélisthésis résiduel de L5 sur S1 de grade II. Une présence maximale était possible à raison de 6h30 par jour dans une activité sans port de charges de plus de 5 kg, sans montée et descente d'échafaudages, sans marche sur des terrains accidentés, sans surcharge pour le rachis dans sa totalité, sans agenouillement. La performance de l'intéressée serait réduite, durant ce temps de présence, de 20% en rapport avec le status post-chirurgical. La capacité de travail était évaluée à 80% sur le marché ordinaire du travail et pourrait évoluer favorablement en respectant les limitations fonctionnelles. Il n'y avait pas de mesures médicales pour améliorer de façon sensible la capacité de travail, hormis l'application de gestes d'épargne du rachis et du gainage musculaire, ainsi que le port d'une ceinture lombaire en période de douleurs et en cas d'efforts inhabituels. En conclusion, la capacité de travail était de 0% dans l'activité habituelle depuis avril 2018 et de 80% dans une activité adaptée six mois après l'intervention chirurgicale. Au niveau psychiatrique, l'experte a noté que l'assurée avait présenté « par le passé au moins deux épisodes de dépression, en 2004 et en 2018, avec un intervalle de rémission entre les deux épisodes un épisode en 2008 et un autre en 2018 ce qui permet de poser ce diagnostic ». L'assurée adhérait au traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, étant relevé que la fréquence des séances était trop espacée et sans l'appui d'une structure de jour. La capacité de travail était entière, depuis toujours, quelle que soit l'activité. f. Le 14 mai 2021, le SMR a considéré qu'il n'y

avait pas de raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise. g. Le 28 septembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. h. L'intéressée a contesté ce projet de décision. Elle a notamment souligné que ses problèmes de santé rhumatologiques ne l'autorisaient à travailler ni en position assise, ni en position debout. Ses genoux, ses hanches, ses épaules et son dos l'empêchaient d'exercer une activité dite simple ou répétitive. Elle avait subi une ponction et une infiltration du genou gauche au mois de septembre 2021. Le 23 novembre 2021, elle se soumettait à une nouvelle infiltration en péri-hanche gauche, trouble qui l'empêchait de marcher sans appui. De plus, son état psychique s'était fortement dégradé ces dernières années et elle souffrait d'un état anxio-dépressif avec des idées noires, intensifiées depuis un an. Elle avait des pertes de mémoire qui la handicapaient au quotidien depuis plus de quatre ans, des difficultés à se concentrer et à apprendre de nouvelles choses. Elle avait notamment de la peine à respecter ses rendez-vous, pris par sa fille et son mari qui devaient l'accompagner. Ses troubles psychiques et cognitifs lui prenaient beaucoup d'énergie et rendaient difficiles, voire impossibles, certaines activités de la vie quotidienne, comme faire une promenade, s'occuper de son fils ou prendre soin de son apparence. Elle était dans l'attente de tests neuropsychologiques et continuait ses suivis psychiatrique et rhumatologique, et la physiothérapie. i. L'OAI a notamment reçu des documents établis par le Dr G\_\_\_\_\_ (rapport du 25 octobre 2021), le docteur K\_\_\_\_\_, psychiatre (rapport du 21 octobre 2021 et courriel du 17 novembre 2021), la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale (certificat du 25 octobre 2021), le professeur M\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG (rapport du 17 mai 2022). j. Dans un avis du 31 août 2022, le SMR a relevé qu'il n'était pas en mesure d'acter une aggravation depuis l'expertise du 10 mai 2021 et de suivre les conclusions des médecins traitants. Il considérait que la réalisation d'une nouvelle expertise bidisciplinaire, avec des volets rhumatologique et psychiatrique et un bilan neuropsychologique incluant des tests de validation des symptômes, était nécessaire afin d'établir de manière claire et circonstanciée les atteintes à la santé ayant un impact sur la capacité de travail. Il laissait aux experts le soin d'effectuer une évaluation des atteintes, fondée sur les indicateurs standards et orientée sur les ressources afin de se prononcer sur l'influence de celles-ci sur la capacité de travail de l'assurée dans l'économie libre. Les experts devraient également se prononcer sur l'exigibilité du traitement en spécifiant les options thérapeutiques, la durée du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et le degré de succès prévisible et dans quel délai. k. Sur demande de l'OAI, le H\_\_\_\_\_ a réalisé une nouvelle expertise, réalisée par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la docteure O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, transmise à l'OAI par courriel le 20 décembre 2022. Au plan somatique, ont été retenus les diagnostics incapacitants de syndrome lombaire non déficitaire sur un status après correction de spondylolisthésis et mise en place d'une cage le 16 avril 2018 et une spondylodèse L5-S1 le 23 avril 2018 pour un spondylolisthésis de L5 sur S1, de syndrome sous-acromial des deux côtés sur une tendinopathie probable, de bursite supra-tendineuse en regard du grand trochanter droit, de syndrome rotulien bilatéral prédominant à gauche sur une chondromalacie rotulienne et d'enthésopathie du carré plantaire des deux côtés. Les diagnostics non incapacitants étaient un syndrome cervical non déficitaire sur une probable discopathie et une obésité. Au niveau psychique, il n'y avait aucun diagnostic incapacitant, seuls étaient retenus, sans influence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et une expérience de guerre (Z65.4). Interrogé sur l'évaluation des ressources et des facteurs

de surcharge, le rhumatologue a relevé que les ressources de l'assurée lui permettaient d'assumer son ménage avec l'aide de son mari et de ses filles, de marcher pendant environ une demi-heure, à raison de trois à quatre fois par semaine, et de visionner la télévision. S'agissant des facteurs de surcharge, il a noté que les difficultés étaient algiques, améliorées de manière modeste par les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antalgiques administrés à la demande, la fatigue nécessitant plusieurs heures de repos par jour, et une maîtrise insuffisante de la langue française. La psychiatre a, pour sa part, indiqué, concernant les ressources, que l'intéressée n'avait pas de formation et ne maîtrisait pas bien le français, n'avait pas de permis de conduire mais était apte à se déplacer en transports publics, et avait une longue expérience professionnelle en tant que femme de ménage. Elle disposait de ressources externes, soit la famille, les amis et un réseau soignant mis en place qu'elle pouvait solliciter au besoin. Elle avait également des ressources internes, avec des capacités d'adaptation aux règles, de planification et de structuration des tâches, elle pouvait « appliquer ses compétences ». Elle était apte à s'assumer elle-même, mais nécessitait de l'aide pour les tâches plus lourdes en raison des douleurs. Elle entretenait de bonnes relations avec son entourage et pouvait travailler en groupe sans difficultés. Quant aux facteurs de surcharge, les difficultés consistaient en « la maîtrise du français », quelques troubles cognitifs en cas de douleurs plus intenses ou troubles du sommeil, avec une concentration diminuée ou des difficultés d'apprentissage et de mémorisation. Concernant le contrôle de cohérence, le rhumatologue a répondu que les données subjectives paraissaient en général cohérentes et plausibles aux experts, et la psychiatre que l'expertisée mettait à profit son suivi et adhéraient à son traitement médicamenteux, et que les limitations étaient uniformes dans tous les domaines de la vie. La capacité de travail dans l'activité habituelle était, au plan somatique, de 0% depuis le 6 mars 2018 et, au plan psychique, de 100% depuis le mois de mai 2020, date de la dernière expertise. Dans une activité adaptée, elle s'élevait, sur le plan somatique, à 80% depuis le mois de décembre 2018 et, sur le plan psychique, à 100% depuis mai 2020. L'incapacité de travail était liée aux problèmes somatiques et motivée principalement par un problème vertébral lombaire, ayant nécessité une intervention chirurgicale. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges fréquent de plus de 5 kg, les stations debout, assise et accroupie prolongées, la marche prolongée, en particulier sur un terrain irrégulier, le travail sur des échelles, ainsi que les activités au-dessus de l'horizontale. Dans une telle activité, la capacité de travail était de 80%, soit 6.5 heures par jour. La performance de l'intéressée était également réduite de 20% depuis décembre 2018. Interrogé sur le pourcentage de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée sur le marché ordinaire du travail, l'expert a indiqué que la capacité avait toujours été de 100%, à l'exception de l'incapacité de travail nécessitée par les interventions des 16 et 23 avril 2018, jusqu'au 8 novembre 2018, soit six mois post-opératoires, date à laquelle le Dr C \_\_\_\_\_ avait constaté une très bonne évolution avec la disparition complète des douleurs ayant motivé la chirurgie. Depuis décembre 2018, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 80%. Les nouveaux diagnostics n'entraînaient pas un changement de la capacité de travail globale de 80%, telle qu'évaluée lors de l'expertise du 10 mai 2021. L'expert n'avait pas de propositions thérapeutiques à formuler. Du point de vue psychiatrique, l'assurée devait éviter les tâches multiples simultanées ou nécessitant des changements ou un apprentissage continu. Étaient notamment relevées des difficultés d'apprentissage (barrière linguistique), de concentration et d'apprentissage en cas de fortes douleurs ou troubles du sommeil. L'examen clinique psychiatrique et l'anamnèse avaient mis en évidence une femme bien structurée, disposant

de capacités intellectuelles préservées, soignée dans sa présentation clinique, qui ne manifestait pas de bizarrerie ou de signe caractériel relationnel. Initialement triste, son humeur s'améliorait au fur et à mesure de l'entretien. Elle semblait souffrir physiquement par moment. L'histoire clinique était significative pour deux épisodes dépressifs majeurs, le premier survenu en 2004 dans un contexte de douleurs chroniques importantes, justifiant une incapacité de travail et un suivi et traitement médicamenteux. Son état s'était suffisamment amélioré pour la reprise de son activité professionnelle, avant une deuxième rechute dépressive vers 2017-2018, dans un contexte de douleurs chroniques lombaires invalidantes, qui avaient finalement été opérées, avec une évolution légèrement favorable. L'assurée bénéficiait depuis lors d'un suivi et d'un traitement psychiatrique intégré avec une médication de Duloxétine, antidépresseur, inhibiteur dual, qui avait été majoré, et qui, accessoirement, pouvait soulager les sensations douloureuses. Elle se plaignait encore de fatigue, mais était apte à des activités spontanées, y compris plaisantes. Elle ne souffrait pas de réveil précoce, de ruminations anxieuses incessantes, d'agoraphobie ou d'attaque de panique. Parfois découragée, elle pouvait avoir des idées suicidaires fugaces, sans projet. Elle n'avait pas de vision pessimiste de l'avenir et se projetait dans une reconversion professionnelle afin de retrouver une indépendance financière et pouvoir refaire ses dents et amener des cadeaux à ses proches en Bosnie. Elle décrivait des baisses de thymie occasionnelles, en lien avec les douleurs et la météo. Elle n'avait aucune plainte d'ordre anxieux. Les variations thymiques, d'ordre physiologique et adaptatif, n'étaient pas suffisamment prononcées pour retenir un diagnostic séparé ou de trouble anxio-dépressif ou de dysthymie. Le diagnostic de trouble de la personnalité dépendante n'avait pas été retenu, car l'expertisée se projetait dans une activité afin de gagner son indépendance. Elle restait soutenue par ses proches, notamment en raison de la barrière linguistique, mais pouvait se déplacer seule. Elle avait montré une autonomie dans le passé. De même, le diagnostic de trouble somatoforme n'avait pas été retenu, l'expertisée étant participative dans nombre de tâches ménagères selon ses forces et surtout ses douleurs. Occasionnellement, elle délégait si les tâches étaient trop lourdes. Les antécédents chirurgicaux et l'évolution décrite comme améliorée n'étaient pas en faveur de ce diagnostic. Une modification durable de la personnalité, forme chronique d'un état de stress post-traumatique, n'était pas retenue, car l'assurée n'était pas continuellement envahie par des flashbacks diurnes. Elle avait quelques cauchemars en lien avec la guerre, surtout depuis les conflits armés proches de l'Europe. Légèrement méfiante, elle ne se sentait pas persécutée ou épiée, ne souffrait pas d'agoraphobie et maintenait des contacts sociaux réguliers. Toutefois, l'évocation des mémoires de guerre étant encore douloureuse et les traumatismes importants, le diagnostic d'expérience de guerre était posé. L'assurée avait pu travailler depuis lors et n'avait pas nécessité de suivi immédiatement après sa venue en Suisse durant six ans. L'assurée était toujours suivie par le Dr K\_\_\_\_\_, mais recherchait un psychiatre parlant la langue bosniaque pour continuer le soutien. La prise en charge était adaptée et devrait être poursuivie, intensifiée au besoin. La médication d'un antidépresseur dual pouvait être indiquée au plus long terme en raison de son potentiel de modifier la perception de la douleur. La dose d'antidépresseur pouvait être majorée au besoin en cas de rechute. Des mesures de réadaptation étaient possibles. l. Par avis du 9 janvier 2023, le SMR a proposé de suivre les conclusions de l'expertise et conclu à une capacité de travail de 0% dès le 6 mars 2018 dans l'activité d'employée d'entretien et de 80% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018 dans une activité respectant les restrictions énoncées par les experts. m. Par décision du 10 janvier 2023, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente. Le complément d'instruction

médicale mis en place ne lui permettait pas de revoir son appréciation globale initiale. L'incapacité de travail avait été totale dans l'activité habituelle depuis le 6 mars 2018, mais une activité adaptée était exigible à 80% depuis le mois de décembre 2018. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 50'395.-) et avec invalidité (CHF 35'342.-), la perte de gain s'élevait à CHF 15'053.-, soit un degré d'invalidité de 30%. C. a. Par acte du 31 janvier 2023, l'assurée a recouru contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à l'octroi d'une pleine rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de réadaptation. En substance, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise. b. Par décision du 13 février 2023, l'intéressée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique. c. Par écriture du 3 mai 2023, la recourante, par l'intermédiaire de son avocate, a complété son recours. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à son audition, ainsi qu'à celle de ses proches et de ses médecins. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à l'octroi d'un quart de rente minimum dès le 1<sup>er</sup> avril 2019, subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. La recourante s'est étonnée que, malgré les documents transmis à l'appui de son opposition et qui attestaient d'une aggravation constante de ses douleurs, avec une notion de chronicité, les seconds experts avaient simplement confirmé la précédente évaluation de la capacité de travail, alors même qu'ils retenaient des diagnostics invalidants plus étendus, de même que des limitations fonctionnelles supplémentaires, notamment sous l'angle psychiatrique, avec des difficultés d'apprentissage, de concentration, de mémorisation. Les experts s'étaient limités à reprendre le taux arbitrairement posé par leurs prédécesseurs, sans plus de motivation. Ils avaient écarté, sans motivation suffisante, en se référant de façon vague « au status clinique et aux examens complémentaires effectués », les résultats du « questionnaire de sensibilisation centrale » à la douleur, qui faisaient pourtant état d'un indice de sévérité extrême, et alors même qu'ils avaient constaté une limitation douloureuse dans tous les plans de la mobilité cervicale et lombaire, sans signe de compression radiculaire des membres inférieurs ou supérieurs. De plus, les résultats de ce questionnaire n'étaient pas joints à l'expertise. Les experts n'avaient pas décrit quelle activité pourrait être adaptée et il était difficile d'imaginer une profession disponible et accessible sur un marché équilibré du travail permettant d'être exercée à 80% sur cinq jours de la semaine. Le rapport contenait par ailleurs des contradictions, notamment sous l'angle de l'évaluation de la capacité de travail psychiatrique. En effet, il était fait mention d'une rémission des épisodes dépressifs, sans que cela n'ait été expressément confirmé par le médecin traitant ou la psychiatre aux périodes concernées. Dans la seconde expertise, le psychiatre semblait s'appuyer sur le fait que la recourante n'avait pas contesté la première décision de l'intimé et qu'elle aurait repris une activité. Or, à cette époque, elle ne se prévalait que d'une incapacité de travail de 50% et elle n'avait pas ou que peu augmenté son taux d'activité ultérieurement, pour des motifs médicaux essentiellement. Il était également étonnant de relever que le premier expert psychiatre avait critiqué une prise en charge psychiatrique trop légère, ce qui attestait l'apparente gravité de son état de santé et entraînait en contradiction avec les conclusions de l'expertise. L'exigibilité fixée à 80% dans une activité adaptée dès le mois de novembre 2018 n'était pas compréhensible, compte tenu des aggravations décrites, notamment par le Dr G\_\_\_\_\_ et le centre de la douleur. La motivation des experts qui s'étaient limités, dans leur évaluation consensuelle, à résumer leur position individuelle, sans discuter l'interaction des troubles incapacitants, ni des limitations fonctionnelles qui découlaient des troubles potentiellement non invalidants en soi, n'était pas convaincante. De plus, l'aspect

neuropsychologique n'avait pas été investigué, contrairement aux préconisations du Dr K\_\_\_\_\_ et du SMR lui-même. L'instruction du dossier était par conséquent incomplète. Elle contestait le refus de rente, mais également celui de toute mesure professionnelle, car un reclassement lui permettrait de se former à des tâches plus administratives. En l'absence de formation et en raison d'une mauvaise maîtrise du français, ses perspectives de réinsertion étaient quasi nulles, sans autre mesure d'aide. La recourante a produit un rapport du 27 février 2023 du Dr K\_\_\_\_\_, mentionnant les diagnostics d'état de stress post-traumatique en 1992 (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'anxiété généralisée (F41.1), étant observé qu'il n'était pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle, car il s'agissait d'une expérience de guerre selon la patiente. Il a en outre rapporté des troubles rhumatologiques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique avec des composantes somatiques, ainsi qu'une fibromyalgie. Compte tenu de la description de la patiente par l'hétéro-anamnèse (troubles mnésiques, de mémoire, d'acquisition du savoir et des troubles de concentration), des tests neuropsychologiques devraient être mis en place, de préférence dans sa langue et pas par un homme d'origine serbe, afin de déterminer la composante dépressive, ou de type démentiel ou de type post-traumatique. d. Dans sa réponse du 7 juin 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. La motivation de la recourante consistait essentiellement à souligner la divergence d'opinions entre les experts et ses médecins traitants quant à sa capacité de travail. Par ailleurs, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles et accessible sans aucune formation particulière. L'intéressée n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des restrictions retenues. L'intimé a joint un avis médical du SMR du 5 juin 2023, aux termes duquel le Dr K\_\_\_\_\_ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif et ne modifiait pas sa dernière appréciation du cas. Les troubles cognitifs mis en avant provenaient de l'hétéro-anamnèse et étaient donc subjectifs. Les experts psychiatres mandatés en 2021 et 2022 n'avaient pas constaté de troubles cognitifs et n'avaient ainsi pas effectué de bilan neuropsychologique complémentaire. La Dre O\_\_\_\_\_ avait analysé les indicateurs standards de gravité et conclu qu'il n'y avait pas de critères pour retenir un trouble dépressif qui était alors en rémission, un état de stress post-traumatique, une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, ou un trouble de la personnalité. L'intéressée avait des ressources internes, avait pu fonder une famille, venir en Suisse, exercer une activité professionnelle durant plusieurs années. Elle disposait de ressources externes et de capacités d'adaptation. Elle était apte à s'assumer elle-même et était indépendante pour les activités de la vie quotidienne : elle préparait les repas, effectuait le ménage léger, les petites courses, les lessives, faisait des promenades, regardait la télévision, fabriquait son propre pain, tricotait, se déplaçait seule en bus. Elle avait des amies, s'occupait de son fils cadet, partait en avion une fois par année en Bosnie pour un mois. Elle ne s'était jamais occupée de l'administratif, faute de maîtriser le français. Ainsi, les données subjectives et objectives avaient paru cohérentes et plausibles aux experts. Par ailleurs, un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie n'avait pas été retenu. e. Dans sa réplique du 18 août 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle produisait de nouveaux rapports de la Dre E\_\_\_\_\_ et du Dr K\_\_\_\_\_, qui démontraient de manière circonstanciée que les diagnostics retenus ou exclus par les experts étaient incorrects ou incomplets. Elle éprouvait de grandes difficultés à s'ouvrir et à faire confiance, raison pour laquelle le Dr K\_\_\_\_\_ préconisait que les tests et entretiens soient réalisés par une personne de sexe

féminin maîtrisant la langue bosniaque. Les stratégies d'évitement s'agissant de ses troubles post-traumatiques expliquaient que les experts psychiatriques n'avaient pas identifié les éléments cliniques pertinents. Les stratégies d'évitement de reviviscence permettaient aussi d'expliquer la minimisation des événements devant les experts, étant rappelé qu'elle n'avait bénéficié que de courts entretiens, insuffisants pour établir un lien de confiance et s'ouvrir vraiment sur les événements traumatiques subis. Les exemples cités par le Dr K\_\_\_\_\_, suffisaient à convaincre que les troubles découlant des traumatismes de guerre étaient profondément ancrés, impactaient quotidiennement sa vie et restreignaient dans une certaine mesure sa capacité de travail, à hauteur de 25% dans toute activité. Quant à la Dre E\_\_\_\_\_, elle se fondait sur ses propres constatations cliniques sur la durée, qui rentraient en contradiction avec celles des experts lors de leur unique entretien. Il ressortait en filigrane de ces deux nouveaux rapports que l'évaluation consensuelle des experts n'était pas aboutie et ne tenait pas correctement compte de l'interaction entre les troubles somatiques et psychiques, qui étaient de nature à impacter plus lourdement sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Il convenait de tenir compte d'une incapacité totale dans toutes les activités et une rente entière devait par conséquent lui être allouée à compter du mois de mai 2023. À compter du 1<sup>er</sup> juin 2023, sa capacité résiduelle de travail n'excédait pas 30% sous l'angle somatique, avec un rendement susceptible d'être réduit en raison des troubles psychiques, eu égard aux conclusions du Dr K\_\_\_\_\_, de sorte que l'octroi d'une rente entière devrait également être constatée. La recourante a annexé un rapport du 17 juillet 2023 de la Dre E\_\_\_\_\_. Cette dernière a indiqué suivre la patiente depuis le 17 octobre 2019, à raison de deux à trois fois par année, et fait état de douleurs articulaires et musculaires, chroniques, avec un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, ainsi que de lombosciatalgies bilatérales avec un antélisthésis persistant. Les limitations fonctionnelles concernaient la marche, la station debout prolongée, l'inclinaison du tronc, le port de charges lourdes, les genuflexions répétées et la position agenouillée. D'un point de vue strictement somatique, la capacité de travail dans l'ancienne activité était de 0% depuis sa première consultation, sans amélioration sous traitement physique et médicamenteux bien conduit. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait été de 0% de mars 2018 à février 2023 au moins, et de 20% à 30% depuis mai 2023, soit la date de la dernière consultation, en raison d'une amélioration globale de son état. Une activité manuelle en position assise avec la possibilité de faire des pauses pourrait être envisagée, dans le respect des restrictions mentionnées. L'interaction entre les troubles psychiques et somatiques avait une influence sur le rendement, car la patiente souffrait d'un état dépressif qui limitait ses capacités cognitives et d'adaptation, et était à l'origine d'un ralentissement idéo-moteur. Elle a en outre évoqué de possibles troubles cognitifs secondaires à la prise de Duloxétine, notamment des troubles mnésiques. S'agissant de l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, premier expert rhumatologue, celui-ci n'avait pas évoqué les sciatalgies et les omalgies. Il avait décrit un examen normal des épaules, ce qui n'était pas le cas, et considéré le syndrome lombo-vertébral comme non incapacitant, alors qu'il était majeur. Il avait noté un comportement normal de la patiente lors de l'examen alors qu'elle l'avait toujours connue grimaçante, kinésiophobe. Elle contestait les mesures médicales proposées par ce médecin et son évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Concernant les constatations et conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, second expert rhumatologue, elle était en désaccord concernant les arguments pour ne pas retenir un diagnostic de sensibilisation centrale, les anomalies organiques (gonarthrose, tendinopathie de la coiffe, etc.) n'excluant pas la possibilité d'un syndrome douloureux chronique secondaire. Elle

était aussi en désaccord concernant la capacité de travail proposée dans une activité adaptée. Quant à l'appréciation des résultats du « Questionnaire de sensibilisation centrale » par le Dr N\_\_\_\_\_, le résultat du questionnaire lui paraissait cohérent, étant rappelé que l'existence d'atteintes organiques n'excluait en rien la possibilité d'une sensibilisation centrale à la douleur. Il était essentiel de prendre en considération les aspects psychologiques qui entravaient de manière importante la rééducation et la réinsertion professionnelle. Dans son rapport du 25 juillet 2023, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente se plaignait de troubles cognitifs, d'oublis de choses récentes et de difficultés d'acquiescer des connaissances, de tristesse, d'insomnies, de ruminations, de reviviscences répétées de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ( flashbacks ), des rêves ou des cauchemars, d'anhédonie, de repli social, d'hypervigilance, d'état de qui-vive et d'insomnie. Elle présentait une tristesse, une anhédonie, une bradypsychie. Ses pensées étaient tournées de manière omniprésente vers les souvenirs de la guerre. Ce trouble constituait une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Ils survenaient dans un contexte durable d' « anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Ses descriptions permettaient de poser le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe selon la CIM-11. La patiente était venue, les premières fois, accompagnée de sa fille, infirmière, qui servait d'interprète et fut utile à titre d'hétéro-anamnèse. Dans la mesure où on lui avait signalé des troubles mnésiques, de mémoire, d'acquisition du savoir et troubles de la concentration, il était nécessaire de réaliser des tests neuropsychologiques dans la langue natale, par une femme bosniaque ou maîtrisant cette langue, afin d'évaluer les capacités cognitives et, à terme, d'en assurer le suivi. La patiente recevait du Cymbalta 60mg par jour depuis 2020 et la tentative de retrait de cette médication ne fut pas tolérable. Elle prenait d'autres médicaments somatiques. Le DMS V ajoutait que le trouble s'accompagnait de changement de la cognition et de l'humeur. S'agissant de la capacité de travail, il retenait une incapacité psychique de 25% en raison des troubles décrits. Il s'agissait d'y joindre les troubles ostéo-articulaires. Une activité en atelier protégé ou dans une entreprise type « Caran d'Ache » serait certainement la bienvenue afin de la valoriser et de détourner son investissement dans les situations politiques présentes qui, incontestablement, réactivaient et même entretenaient les souvenirs de moments pénibles. Plusieurs jours de l'année étaient consacrés au souvenir des disparus, dont son propre père dont aucune trace, malgré les recherches, n'avait pu être retrouvée. f. Par duplique du 18 septembre 2023, l'intimé a maintenu ses conclusions, estimant que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante. Il a produit un nouvel avis du SMR du 14 septembre 2023, selon lequel le rapport de la Dre E\_\_\_\_\_ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif. L'expert rhumatologue avait retenu le diagnostic de syndrome sous-acromial bilatéral sur une tendinopathie probable au niveau des épaules, en s'appuyant sur son examen clinique objectif qui n'avait pas révélé de limitation de la mobilité articulaire, ainsi que sur les examens radiologiques. Par ailleurs, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être évalué par l'expert psychiatre, qui ne l'avait pas retenu, compte tenu de l'absence de détresse et de difficultés psychosociales graves. L'expert rhumatologue n'avait pas posé ce diagnostic, car la plupart des plaintes de la recourante étaient en relation avec le status clinique et les examens

complémentaires effectués. S'agissant du rapport du Dr K\_\_\_\_\_, le SMR a rappelé l'appréciation de la Dre O\_\_\_\_\_ qui n'avait pas pu mettre en évidence de manière objective une atteinte cognitive lors de son examen clinique. Par ailleurs, dans son précédent avis du 5 juin 2023, le SMR avait repris les indicateurs standards de gravité pris en compte par les experts, étant rappelé que les activités quotidiennes ne montraient pas de limitations hormis les travaux lourds et l'administratif. g. En date du 20 novembre 2023, la recourante a communiqué à la chambre de céans un nouveau rapport de son psychiatre, qui appuyait le fait que l'évaluation consensuelle des experts n'était pas aboutie et ne tenait pas correctement compte de l'interaction entre les différents diagnostics somatiques et psychiques. Dans le rapport joint établi le 27 octobre 2023 par le Dr K\_\_\_\_\_, ce dernier a maintenu le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe et rappelé qu'il demandait depuis longtemps des tests neuropsychologiques, par une femme et dans sa langue maternelle. L'atteinte cognitive nécessitait un examen sérieux et quantitatif. S'ajoutait une idéation suicidaire non scénarisée presque tous les jours. La patiente s'était rendue dans un centre pour ces tests, mais elle avait attendu dans une autre salle d'attente. L'expert avait noté qu'elle avait une bonne mémoire des dates, ce qui n'était pas surprenant au vu des événements cités. Plusieurs jours de l'année étaient consacrés au souvenir des disparus. Les contacts sociaux étaient restreints, notamment par sentiment de honte et de dévaluation face aux autres personnes. Elle et son mari étaient concernés par les conflits, et par les tracasseries récentes entre Serbes et Bosniaques. h. Le 14 décembre 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Dans un nouvel avis du 14 décembre 2023, le SMR a estimé que le dernier rapport du Dr K\_\_\_\_\_ n'amenait aucun élément médical objectif, de sorte qu'il maintenait sa précédente appréciation du cas. i. Le 1<sup>er</sup> février 2024, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr K\_\_\_\_\_, établi le 16 janvier 2024. Le psychiatre traitant a relevé, sur le plan clinique, que l'état de la patiente s'aggravait, dans la mesure où elle était désespérée en raison de l'incertitude et de la lenteur de l'avancement de son dossier, qui étaient de nature à entraîner une régression psychique avec une bradypsychie et un retour à un stade moins avancé du développement. L'isolement et le repli social s'accroissaient. Selon l'ICD 11 de 2018, le trouble de stress post-traumatique complexe était nouvellement défini et le syndrome ajoutait une gamme de symptômes plus large que le PTSD (pour post-traumatic stress disorder) connus sous le nom de perturbations de l'auto-organisation. Il a mentionné un groupe de trois symptômes supplémentaires, présentés par sa patiente. Un emploi à temps partiel l'aiderait utilement et apporterait une aide thérapeutique. Enfin, une détermination par des tests neuropsychologiques permettrait d'évaluer ses capacités cognitives, ce qui accompagnerait la démarche de recherche d'activité adaptée. j. Par courrier du 12 juin 2024, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise rhumatologique et psychiatrique à la docteure P\_\_\_\_\_, psychiatre, et au docteur Q\_\_\_\_\_, rhumatologue, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait aux experts. k. Le 26 juin 2024, la recourante a exposé ne pas avoir de motif de récusation. Elle a suggéré l'ajout de questions complémentaires et qu'il soit précisé dans la mission d'expertise que l'intervention d'une interprète serait nécessaire. l. Par pli du 27 juin 2024, l'intimé a indiqué s'opposer à la mise en place d'une expertise judiciaire, aucun élément ne permettant de remettre en question la valeur probante de l'expertise du 20 décembre 2022. Il a précisé que si la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner une telle expertise, il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts annoncés, ni de questions complémentaires à leur soumettre. 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 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. 2. Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). 2.1 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<sup>er</sup> 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). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). 2.2 En l'occurrence, la décision querellée concerne un éventuel droit à une rente d'invalidité antérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de réadaptation professionnelle, étant rappelé que par décision du 6 février 2009, l'intimé lui a accordé une demi-rente pour une période limitée du 1<sup>er</sup> mars 2003 au 30 mai 2004, et que l'intéressée a déposé une nouvelle demande le 8 octobre 2018. 4. En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 4.1 Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 125 V 412 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références). 4.2 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du

bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 112 V 371 consid. 2b ; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ).

4.3 Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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, 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). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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. À teneur des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

Conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 4.4 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). Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (art. 28 al. 1 LAI), n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_551/2021 du

#### **E. 10.1**

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

#### **E. 10.2**

Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

#### **E. 10.3**

En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ?

#### **E. 10.4**

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 ou ce refus s'inscrit-il dans les conséquences de dite maladie ? Cas échéant, merci de développer votre réponse.

#### **E. 10.5**

Les médicaments pris régulièrement par la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Si oui, lesquels ?

#### **E. 10.6**

Ces effets ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de la personne expertisée ? Si oui, dans quelle mesure ?

#### **E. 10.7**

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 11 . Appréciation d'avis médicaux du dossier 11.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dre O\_\_\_\_\_ et l'évaluation consensuelle figurant dans

l'expertise du H\_\_\_\_\_ de novembre 2022 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail et de rendement ? Si non, pourquoi ? 11.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dre J\_\_\_\_\_ et l'évaluation consensuelle figurant dans l'expertise du H\_\_\_\_\_ du 10 mai 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail et de rendement ? Si non, pourquoi ? 11.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre F\_\_\_\_\_ du 30 mars 2020 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 11.4 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr K\_\_\_\_\_, notamment des

#### **E. 14**

juillet 2022 consid. 2.2 et les références). 4.5 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 des assurances 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). 4.6 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social

intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). 4.7 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références). 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). 4.8 Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 ; 9C\_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de

réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par

le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2) II. Catégorie « cohérence » Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2). La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2). 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes,

doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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 ; 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). 6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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). 7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). 8. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 10 janvier 2023, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente. Il a retenu, sur la base de l'avis du SMR du 9 janvier 2023, lui-même fondé sur les conclusions de l'expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée par le H\_\_\_\_\_, reçue par l'intimé par courriel du 20 décembre 2022, que l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018. La recourante pour sa part conteste la valeur probante du rapport d'expertise et se rapporte à l'appréciation de ses médecins traitants. 8.1 La chambre de céans relève d'emblée que les experts ne se sont pas livrés à une réelle « évaluation consensuelle » du

cas et qu'ils se sont contentés de résumer leur position individuelle, sans aucune discussion sur l'interaction des différents troubles et leurs répercussions sur la capacité de travail. Ils ont d'ailleurs répondu différemment aux questions posées. Par exemple, concernant le point « 3.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles », l'expert rhumatologue a répété les diagnostics qu'il considérait comme « incapacitants », alors que l'experte psychiatre a énuméré des limitations fonctionnelles. De plus, l'aspect neuropsychologique n'a fait l'objet d'aucune investigation, malgré le mandat clair du SMR, basé sur les recommandations constantes et motivées du Dr K\_\_\_\_\_. L'instruction du dossier est manifestement incomplète. À cet égard, il sera relevé que, contrairement à ce que soutient l'intimé, les experts ont relevé des troubles qui justifiaient un tel examen, puisque la Dre O\_\_\_\_\_ a retenu des difficultés de concentration et d'apprentissage en cas de fortes douleurs ou troubles du sommeil (rapport p. 9), et signalé, à titre de facteurs de surcharges, « quelques troubles cognitifs en cas de douleurs plus intenses ou troubles du sommeil, avec concentration diminuée ou difficultés d'apprentissage et de mémorisation » (rapport p. 10). En outre, l'expertise ne repose pas sur une étude approfondie et ne présente pas des conclusions motivées et convaincantes. Il sera notamment observé que le Dr N\_\_\_\_\_ et la Dre O\_\_\_\_\_ ont confirmé l'évaluation de la capacité de travail retenue par les premiers experts du H\_\_\_\_\_, alors même qu'ils ont retenus de nouveaux diagnostics et de nouvelles limitations fonctionnelles, tant sur le plan somatique que psychiatrique. En outre, ils ont écarté le diagnostic de sensibilisation centrale, alors que les résultats du questionnaire y relatif, lesquels n'ont pas été annexés à leur rapport, révélait un indice de sévérité extrême, au motif que la recourante présentait des syndromes avec une cause organique spécifique, puisque ses symptômes trouvaient en grande partie une corrélation avec le status clinique et les examens complémentaires effectués. Cette explication semble en l'état insuffisante, au vu de la multiplicité des pathologies présentées. Le rapport d'expertise comporte plusieurs lacunes qui ne permettent pas de lui reconnaître une quelconque valeur probante.

### 8.2 Au niveau somatique, les diagnostics retenus semblent pour le moins sommaires, voire incomplets. En outre, les limitations fonctionnelles énumérées sont vagues et l'évaluation de la capacité de travail, en totale contradiction avec celle des autres médecins consultés par la recourante, manque de motivation.

#### 8.2.1 Le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec une incidence sur la capacité de travail, un syndrome lombaire non déficitaire sur un status après correction de spondylolisthésis et mise en place d'une cage le 16 avril 2018 et une spondylodèse L5-S1 le 23 avril 2018 pour un spondylolisthésis de L5 sur S1, un syndrome sous-acromial des deux côtés sur une tendinopathie probable, une bursite supra-tendineuse en regard du grand trochanter droit, un syndrome rotulien bilatéral prédominant à gauche sur une chondromalacie rotulienne et une enthésopathie du carré plantaire des deux côtés. Il a également retenu les diagnostics non incapacitants de syndrome cervical non déficitaire sur une probable discopathie et d'obésité. L'expert n'a pas fait état de plusieurs troubles relevés dans d'autres rapports. À titre d'exemples, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé une discopathie L4-L5 avec Kissing Spine (rapport du 8 novembre 2018), le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombosciatalgies droites, des gonalgies gauches sur une chondromalacie fémoropatellaire de stade IV, une lésion méniscale interne, un kyste poplité et suprapoplité (rapport du 2 octobre 2019) et l'IRM du 30 avril 2019 a mis en évidence un rétrécissement biforaminal L5-S1 et un contact extraforaminal bilatéral entre les complexes disco-ostéophytiques et les racines L5. La Dre E\_\_\_\_\_ a notamment diagnostiqué une périarthrite de hanche bilatérale et une sciatalgie L5 bilatérale (rapport du 13 mars 2020) et le Prof. M\_\_\_\_\_ des

cervico-scapulalgies mécaniques, un syndrome douloureux chronique, un kyste de Baker à gauche, des rachialgies chroniques évoluant dans le cadre d'un spondylodèse L5-S1 (rapport du 17 mai 2022). On relèvera également que la Dre E\_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis le

### **E. 17**

octobre 2019, a par la suite évoqué un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie. Elle a contesté les constatations et conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, s'agissant notamment des arguments pour ne pas retenir un diagnostic de sensibilisation centrale, expliquant que les anomalies organiques (gonarthrose, tendinopathie de la coiffe, etc.) n'excluaient pas la possibilité d'un syndrome douloureux chronique secondaire. Elle a également souligné que l'existence d'atteintes organiques n'excluait en rien la possibilité d'une sensibilisation centrale à la douleur et qu'il était essentiel de prendre en considération les aspects psychologiques qui entravaient de manière importante la rééducation et la réinsertion professionnelle (rapport du 17 juillet 2023).

#### 8.2.2 S'agissant des limitations fonctionnelles, il sera notamment relevé que l'expert n'a retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec le syndrome lombaire, contrairement à plusieurs médecins. Ainsi, le Dr D\_\_\_\_\_ avait constaté que la mobilité active du rachis était très limitée et que la patiente ne pouvait notamment pas effectuer des flexions-extensions du rachis, se pencher en avant ou de côté (rapport du 13 novembre 2018), et la Dre E\_\_\_\_\_ avait estimé que la recourante ne pouvait pas se pencher en avant de plus de 30° (rapport du 13 mars 2020). Le Dr N\_\_\_\_\_ n'a pas indiqué la durée pendant laquelle il considérait que les positions statiques (debout, assise et accroupie) pouvaient être maintenues, ni n'a précisé le périmètre de marche. Or, le Dr C\_\_\_\_\_ avait relaté l'apparition d'une douleur au regard de la région opératoire, d'allure mécanique, après une heure en position assise ou 30 minutes de marche, soulagée au repos ou à la position couchée (rapport du 6 juin 2018) et la Dre E\_\_\_\_\_ avait indiqué que la patiente ne pouvait pas marcher plus de 20 minutes, maintenir la position assise ou couchée de manière prolongée, et fait état de difficultés dans les transferts (rapport du 13 mars 2020). L'expert a mentionné des restrictions en lien avec le travail sur des échelles, mais n'a fait aucune référence aux montées et descentes répétées d'escaliers, alors qu'il a constaté des troubles incapacitants aux niveaux du genou gauche et du grand trochanter droit. À cet égard, on rappellera notamment que le Dr D\_\_\_\_\_ a relaté que sa patiente avait bénéficié d'une infiltration des articulations sacro-iliaques des deux côtés le 31 mai 2019, sans amélioration notable, et qu'une ponction et une infiltration avaient été effectuées au niveau du genou gauche le 12 mai 2019, sans amélioration (rapport du 2 octobre 2019). Par la suite, le Dr G\_\_\_\_\_ a préconisé une nouvelle infiltration au niveau de la péri-hanche (rapport du 25 octobre 2021). Enfin, il sera observé que le Prof. M\_\_\_\_\_ a indiqué que malgré une amélioration clinique partielle de certaines douleurs, notamment celles de l'épaule droite et de la péri-hanche droite, ainsi que de la rachialgie commune, de nouvelles douleurs étaient apparues, occasionnant de nouveaux handicaps qui se surajoutaient aux précédents. La patiente présentait des restrictions concernant tout son corps de manière axiale et périphérique, car il lui était difficile de supporter des positions statiques, d'assurer les transferts sans douleur ou de marcher sans douleur. Le port de charges lourdes semblait impossible au vu de son évaluation. L'intéressée devait se reposer régulièrement et plusieurs fois par jour afin de réaliser les activités quotidiennes les plus simples (rapport du 17 mai 2022).

#### 8.2.3 Concernant la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, l'appréciation de l'expert est en totale contradiction avec celle des autres médecins consultés. Il sied tout d'abord de relever que le Dr N\_\_\_\_\_ a

considéré que les interventions spinales réalisées en avril 2018 avaient entraîné une incapacité de travail pour une durée de six mois, soit jusqu'au contrôle du Dr C\_\_\_\_\_ du 8 novembre 2018, date à laquelle ce médecin avait constaté « une très bonne évolution post-opératoire avec une disparition complète des douleurs ayant motivé la chirurgie ». Certes, le Dr C\_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution suite à l'intervention était très bonne, mais il a également noté des douleurs « différentes », probablement liées à la discopathie L4-L5 et au mécanisme de compensation dans le contexte d'une surcharge pondérale. Il a notamment rapporté des douleurs au regard de la région opératoire (rapport du 6 juin 2018), qui persistaient à type de brûlures localisées en région lombaire basse, particulièrement en position assise, et aggravées lorsque les jambes étaient étendues (rapport du 19 juillet 2018), avec parfois un fourmillement au niveau des orteils et des deux membres inférieurs (rapport du 8 novembre 2018). Dès le printemps 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de santé de sa patiente, avec une recrudescence des douleurs du rachis et une irradiation dans les deux membres inférieurs (rapports des 23 avril et 21 juin 2019), et attesté par la suite de lombalgies persistantes et de lombosciatalgies droites invalidantes (rapports des 2 octobre 2019 et 15 janvier 2020). Dans ces conditions, il ne saurait être retenu que l'opération a entraîné la disparition complète des douleurs ayant motivé la chirurgie. On pourra également constater que le rapport contient des contradictions, l'expert ayant parfois noté que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée « dès octobre-novembre 2018 » (rapport p. 14), parfois « depuis novembre-décembre 2018 » (rapport p. 18). De surcroît, il convient de rappeler que les nombreux médecins qui suivent la recourante ont tous considéré que la capacité de travail était notablement entravée. Ainsi, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 6 mars 2018 (rapports des 13 novembre 2018), puis d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (rapports des 23 avril et 21 juin 2019). Par la suite, il a considéré qu'aucune activité ne semblait adaptée, au vu des nombreuses restrictions et du fait que l'intéressée parlait « en plus » très mal le français et ne disposait d'aucune formation particulière (rapport du 2 octobre 2019). Une reprise d'activité n'était pas envisageable et aucune réadaptation possible (rapport du 15 janvier 2020). La Dre E\_\_\_\_\_ a pour sa part conclu que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le mois de mars 2018 et dans toute activité depuis le 17 octobre 2019, date de la consultation spécialisée du rachis (rapport du 13 mars 2020). Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il a retenu que la recourante présentait un très haut degré de handicap fonctionnel, que toutes les activités de la vie quotidienne étaient perturbées, y compris les soins personnels, et que le handicap physique observé était tel qu'une activité professionnelle, même dans un travail adapté, ne semblait pas envisageable, étant souligné que des comorbidités psychiatriques venaient renforcer et multiplier la problématique ostéo-articulaire déjà complexe. Cela amplifiait les difficultés d'adaptation et d'amélioration du handicap fonctionnel et diminuait fortement les chances d'efficacité thérapeutique de tout traitement (rapport du 3 avril 2020). La Dre L\_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis le 15 juin 2020, a contesté que sa patiente soit apte à travailler à 80%, même dans une activité adaptée, pour des raisons psychiques et rhumatologiques (certificat du 25 octobre 2021). Enfin, le Prof. M\_\_\_\_\_ a rappelé l'évolution chronique des symptômes et le déconditionnement global secondaire, associé à une sensibilisation centrale évidente avec une baisse du seuil de la douleur, et conclu que le traitement de la pathologie était complexe et multimodal. Le pronostic restait difficile à prédire, mais l'évolution de l'état semblait plutôt en aggravation au dernier contrôle, car malgré une amélioration clinique partielle de certaines symptomatologies, de nouvelles douleurs étaient apparues,

occasionnant de nouveaux handicaps qui se surajoutaient aux précédents. Pour l'instant, la patiente semblait être en incapacité totale de travail, quel que soit le domaine d'activité, au vu de la symptomatologie hyperalgique active et généralisée (rapport du 17 mai 2022). Cette évolution a par la suite été confirmée par la Dre E\_\_\_\_\_, laquelle a cependant noté une amélioration globale de l'état, et retenu que la capacité de travail, dans une activité adaptée, avait été de 0% de mars 2018 à février 2023 au moins, et était de 20% à 30% depuis le mois de mai 2023, soit la date de la dernière consultation. Cela étant, l'interaction entre les troubles psychiques et somatiques avait une influence sur le rendement, car la patiente souffrait d'un état dépressif qui limitait ses capacités cognitives et d'adaptation, et était à l'origine d'un ralentissement idéo-moteur. Elle a en outre évoqué de possibles troubles cognitifs secondaires à la prise de Duloxétine, notamment des troubles mnésiques (rapport du 17 juillet 2023).

8.3 Sur le plan psychiatrique, les diagnostics retenus par l'experte, ainsi que leurs répercussions sur la capacité de travail de la recourante, sont formellement contestés par le psychiatre traitant de cette dernière, qui a motivé sa position. On relèvera également que la Dre O\_\_\_\_\_ a indiqué que ses conclusions, ainsi que l'anamnèse et le status, étaient similaires à ceux retenus dans l'expertise de la Dre J\_\_\_\_\_.

Cette dernière avait pourtant conclu de manière surprenante que la recourante présentait une entière capacité de travail sur le plan psychique, « depuis toujours », le trouble dépressif étant en rémission et la personnalité dépendante sans influence sur la capacité de travail, tout en estimant que le suivi de la recourante était insuffisant.

8.3.1 La Dre O\_\_\_\_\_ a retenu deux diagnostics sans influence sur la capacité de travail, soit un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et une expérience de guerre (Z65.4). On constate d'emblée une incohérence, dès lors que l'experte a retenu des limitations fonctionnelles au plan psychique. Ces diagnostics s'écartent donc de celui posé par la Dre F\_\_\_\_\_, qui avait suivi la recourante à partir du 13 janvier 2020 et qui avait retenu un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.3 ; rapport du 30 mars 2020). Ils s'écartent également de ceux retenus par le Dr K\_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué des troubles de la personnalité de type dépendante et une dépression, et indiqué que la patiente présentait une tristesse, une anhédonie et une bradypsychie. La fille de l'intéressée décrivait des changements progressifs de comportement et d'attitude, avec une asthénie, un repli social, un ralentissement et surtout une réduction des capacités de mémoire à court terme. Les troubles de la cognition concernaient des oublis fréquents et une irritabilité à l'évocation de certains souvenirs pénibles, ce qui le conduisait à évoquer un possible trouble de type démentiel, lequel devrait être vérifié par des tests neuropsychologiques et par une analyse de sang (rapport du 21 octobre 2021). Sur demande de l'intimé, le Dr K\_\_\_\_\_ lui a précisé que ces tests étaient envisagés, mais qu'ils devraient être réalisés dans la langue maternelle ou dans une langue maîtrisée par la patiente (courriel du 17 novembre 2021). Par la suite, ce psychiatre a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique en 1992 (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'anxiété généralisée (F41.1). Il a également évoqué un syndrome douloureux chronique avec des composantes somatiques, une fibromyalgie. Les troubles mnésiques, de mémoire, d'acquisition du savoir et de la concentration requéraient la mise en œuvre de tests neuropsychologiques afin de déterminer la composante dépressive, de type démentiel ou de type post-traumatique (rapport du 27 février 2023). Par la suite, le psychiatre traitant a indiqué que la patiente se plaignait de tristesse, d'insomnies, de ruminations, de reviviscences répétées de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ( flashbacks ), des rêves ou des cauchemars,

d'anhédonie, de repli social, d'hypervigilance, d'état de qui-vive et d'insomnie. Elle présentait une tristesse, une anhédonie, une bradypsychie. Ses pensées étaient tournées de manière omniprésente vers les souvenirs de la guerre. Ce trouble constituait une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Ils survenaient dans un contexte durable d' « anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Ses descriptions permettaient de poser le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe selon la CIM-11 (rapport du 25 juillet 2023). Il a confirmé ce diagnostic et expliqué que selon l'ICD 11 de 2018, le trouble de stress post-traumatique complexe était nouvellement défini et que le syndrome ajoutait une gamme de symptômes plus large que le PTSD (pour post-traumatic stress disorder), avec un groupe de trois symptômes supplémentaires, présentés par sa patiente (rapports des 27 octobre 2023 et 16 janvier 2024). Il a également réitéré la nécessité de réaliser des tests neuropsychologiques, par une femme et dans sa langue maternelle, afin d'évaluer les capacités cognitives de la patiente (rapports des 25 juillet, 27 octobre 2023 et 16 janvier 2024). Ainsi, le status décrit par le Dr K\_\_\_\_\_ diverge sensiblement de celui retenu par l'experte, étant encore relevé que, postérieurement à l'expertise, le psychiatre traitant a constaté une régression psychique avec une bradypsychie et un retour à un stade moins avancé du développement, avec un isolement et un repli social qui s'accroissaient (rapport du 16 janvier 2024).

8.3.2 Comme déjà relevé, la Dre O\_\_\_\_\_ a signalé plusieurs limitations fonctionnelles. Dans son anamnèse, elle a rapporté que l'intéressée perdait parfois son chemin, oubliait les plaques allumées, les clefs sur la porte, ne se souvenait pas de ce qu'elle lisait, perdait le fil d'une conversation et pouvait se tromper d'heure. Les tests neuropsychologiques préconisés par le Dr K\_\_\_\_\_, qui a également relaté des troubles cognitifs, des oublis et des difficultés d'acquiescer des connaissances (rapport du 25 juillet 2023), paraissent donc s'imposer, comme d'ailleurs admis par le SMR.

8.3.3 Enfin, s'agissant de la capacité de travail, la Dre O\_\_\_\_\_ s'est prononcée à partir de la dernière expertise du H\_\_\_\_\_, soit dès le mois de mai 2020, faisant siennes les conclusions de la Dre J\_\_\_\_\_ pour la période antérieure. Les deux psychiatres ayant assuré un suivi de la recourante ont estimé que les troubles psychiques présentés par la patiente entravaient sa capacité de travail. Ainsi, la Dre F\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité, précisant qu'un taux maximal de 30% pourrait être envisagé en fonction d'une évolution favorable (rapport du 30 mars 2020). Quant au Dr K\_\_\_\_\_, il a retenu une incapacité psychique de 25% en raison des troubles décrits, auxquels il fallait joindre les troubles somatiques. Il a préconisé une activité en atelier protégé ou dans une entreprise type « Caran d'Ache » afin de valoriser l'intéressée et détourner son investissement dans les situations politiques présentes qui, incontestablement, réactivaient et même entretenaient les souvenirs de moments pénibles (rapport du 25 juillet 2023).

8.4 Enfin, les ressources de la recourante semblent en l'état surévaluées. L'expert rhumatologue a indiqué que l'intéressée pouvait assumer son ménage avec l'aide de son mari et de ses filles, qu'elle marchait environ pendant une demi-heure, trois à quatre fois par semaine, et regardait la télévision ; rapport p. 10). On relèvera cependant que dans son expertise, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante se promenait deux à trois fois par semaine, que les courses étaient effectuées par son mari, qu'elle accompagnait parfois, que celui-ci passait l'aspirateur, que ses filles l'aidaient pour nettoyer les tapis et passer la serpillère (rapport p. 13). L'experte psychiatre a rappelé que la

recourante n'avait pas de formation, ne maîtrisait pas le français, n'avait pas de permis de conduire, mais qu'elle était apte à se déplacer en transports publics et avait une longue expérience en tant que femme de ménage. Elle avait des ressources externes (famille, amis, réseau soignant mis en place qu'elle pouvait appeler en cas de besoin) et internes (capacité d'adaptation aux règles, de planification et de structuration des tâches, aptitude à s'assumer elle-même sauf pour les tâches plus lourdes, bonnes relations avec l'entourage pour capacité à travailler en groupe sans difficultés). La longue expérience dans une activité désormais inexigible, de l'avis même de l'expert rhumatologique, ne saurait être retenue à titre de ressources. En outre, les ressources internes paraissent mises à mal par les limitations fonctionnelles retenues par l'experte. 9. Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère que l'expertise du H\_\_\_\_\_ ne revêt pas une valeur probante permettant notamment de déterminer, à satisfaction de droit, les diagnostics qu'il convient de retenir sur les plans rhumatologique et psychiatrique, le caractère incapacitant des atteintes retenues, l'étendue d'une éventuelle capacité résiduelle de travail et de rendement dans une activité adaptée, tenant compte de limitations fonctionnelles claires. Les rapports des médecins attestant d'atteintes à la santé ne suffisent pas non plus à trancher la cause, eu égard à leur faible densité de motivation. Il manque également les éléments permettant de juger des interactions entre les différentes atteintes retenues (comorbidités). Ainsi, les pièces du dossier ne permettent pas de retenir des diagnostics clairs, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence applicable notamment en matière de troubles psychiques. 10. Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une expertise judiciaire bidisciplinaire, comportant des volets en rhumatologie et psychiatrie, laquelle est confiée aux docteurs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Les examens seront effectués en présence d'une interprète de sexe féminin, de langue bosniaque. Il incombera également aux experts d'ordonner un bilan neuropsychologique, lequel devra, dans la mesure du possible, être effectué dans la langue natale de la recourante et si possible par une femme. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. \_\_\_\_\_ Ordonne une expertise de Madame A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins la docteure P\_\_\_\_\_ et le docteur Q\_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr G\_\_\_\_\_, le Dr M\_\_\_\_\_, la Dre E\_\_\_\_\_ et le Dr K\_\_\_\_\_. C. Examiner et entendre la personne expertisée, ordonner un bilan neuropsychologique, et si nécessaire, d'autres examens. D. Charge le Dr Q\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics (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 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2009, en particulier depuis mars 2018 ? 4.6 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui

ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée). 4.7 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? 4.8 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 4.9 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ? 4.10 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 5. Limitations fonctionnelles 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic 5.1.1 Dates d'apparition 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Capacité de travail 6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic. 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ? 6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ? 6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2009, en particulier depuis mars 2018 ? 6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 7. Traitement 7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation. 7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ? 7.3 En cas de prise de traitement médicamenteux, soit antalgique, soit psychotrope, pouvez-vous vérifier la compliance ou la biodisponibilité à l'aide d'un dosage sanguin ? 7.4 Les médicaments pris régulièrement par la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Si oui, lesquels ? 7.5 Ces effets ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de la personne expertisée ? Si oui, dans quelle mesure ? 7.6 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 8. Appréciation d'avis médicaux du dossier 8.1 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ et l'évaluation consensuelle figurant dans l'expertise du H\_\_\_\_\_ de décembre 2022 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 8.2 Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ et l'évaluation consensuelle figurant dans l'expertise du H\_\_\_\_\_ du 10 mai 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 8.3 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr D\_\_\_\_\_, notamment des 13 novembre 2018, 23 avril, 21 juin et 2 octobre 2019, et 15 janvier 2020 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 8.4 Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dre E\_\_\_\_\_, notamment des

13 mars 2020 et 17 juillet 2023 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

8.5 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr G\_\_\_\_\_, notamment des 3 avril 2020 et 25 octobre 2021 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

8.6 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ du 17 mai 2022 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

8.7 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dre L\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2021 ? En particulier concernant l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ? 10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles E. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec la Dre P\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. F. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. G. Charge la Dre P\_\_\_\_\_ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics (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 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis 2009, en particulier depuis mars 2018 ? 4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée). 4.6 Y a-t-il une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, des plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 5. Limitations fonctionnelles 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic 5.1.1 Dates d'apparition 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Cohérence 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ? 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ? 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ? 7. Personnalité 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ? 7.2

Est-ce que la personne expertisée présente un trouble dépressif récurrent selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ? 7.3 Est-ce que la personne expertisée présente un état de stress post-traumatique selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ? 7.4 Est-ce que la personne expertisée présente une anxiété généralisée selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ? 7.5 Le cas échéant, quelle est l'influence de ces troubles sur les limitations éventuelles et sur l'évolution de l'état de santé psychique de la personne expertisée ? 7.6 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8 . Ressources 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ? 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : 8.2.1 psychique 8.2.2 mental 8.2.3 social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 9 . Capacité de travail 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic. 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ? 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ? 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2009, en particulier depuis mars 2018 ? 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10 .

Traitement

## **E. 21**

octobre 2021, 27 février, 25 juillet et 27 octobre 2023, et 16 janvier 2024 ? En particulier concernant les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ? 12 . Quel est le pronostic ? 13 . Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 14 . Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. H. Invite l'experte à faire une appréciation consensuelle du cas avec le Dr Q\_\_\_\_\_ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. I. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais , un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nathalie KOMAISKI La présidente Joanna JODRY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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