

# **GE\_GERICHTE A/555/2024 vom 12. Juni 2025**

GE Cour de justice, 2025-06-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_555\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_555_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/555/2024 du 12 juin 2025

IT: GE\_GERICHTE A/555/2024 del 12 giugno 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

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

### **E. 2**

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<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). En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en août 2023, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée en février 2023 (art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022).

### **E. 3**

L'objet du présent litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité, conformément à ses conclusions de recours. Il est à cet égard rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018

consid. 4.2).

#### **E. 4.1**

Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1    Dates d'apparition 4.2    Sans répercussion sur la capacité de travail

#### **E. 4.2**

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

#### **E. 4.2.1**

Dates d'apparition

#### **E. 4.3**

Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

#### **E. 4.4**

Qu'en est-il notamment des problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante, et sont-ils objectivés ou au moins réels, et découlent-ils le cas échéant de diagnostics médicaux ?

#### **E. 4.4.1**

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (CIM) ou le DSM-IV ( Diagnostic and Statistical Manual ) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans l'ATF 141 V 281 , le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette procédure d'administration des preuves – aussi appelée procédure probatoire structurée (au moyen des indicateurs développés par le Tribunal fédéral [ cf . ci■après]) – est notamment applicable à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). En effet, bien que le diagnostic de fibromyalgie

soit d'abord le fait d'un spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail qu'engendre un tel trouble qui, du point de vue juridique, est similaire aux troubles somatoformes douloureux (douleurs non expliquées par un substrat organique) et doit être traité comme ceux-ci (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.1). Ladite procédure d'administration des preuves est aussi, notamment, applicable au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

#### **E. 4.4.2**

Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

#### **E. 4.5**

L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré et quelle a été son évolution depuis à tout le moins le 5 février 2022 (début de l'incapacité de travail), l'expert devant se prononcer notamment sur l'état de santé au 18 janvier 2024 (date du prononcé de la décision de l'intimé querellée), ainsi que sur l'évolution avant et après cette date (et jusqu'à la date du rapport d'expertise à établir) ?

##### **E. 4.5.1**

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

#### **E. 4.5.2**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du

Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**E. 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).

**E. 4.7**

Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

**E. 4.8**

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 5. Limitations fonctionnelles

**E. 4.9**

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

**E. 4.10**

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

**E. 4.11**

Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 5. Limitations fonctionnelles 5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles et leur apparition / évolution dans le temps, en relation avec chaque diagnostic

**E. 5.1**

Indiquer les limitations fonctionnelles et leur apparition / évolution dans le temps, en relation avec chaque diagnostic 6 . Cohérence

**E. 5.2**

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

**E. 5.3**

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

### **E. 5.3.1**

On peine en effet à comprendre la cohérence de l'analyse des experts dans le fait qu'à l'examen physique, l'expertisée n'a selon eux pas un comportement douloureux outrancier et donne une impression d'authenticité, alors qu'ils retiennent de nombreuses incohérences ( cf . p. 387 et 390 s. du dossier AI). Ils ne cherchent pas à expliquer comment et pourquoi l'assurée, sans volontairement exagérer des douleurs, énoncerait de nombreuses incohérences. À cet égard, les experts ne paraissent prima facie pas justifier de manière suffisamment précise pour quels motifs le diagnostic de fibromyalgie est écarté, se contentant de prendre une certaine distance par rapport à ce diagnostic, dans la mesure où les douleurs de l'intéressée ne seraient pas fixes mais intermittentes d'un jour à l'autre, et s'étonnant – simplement – de leur survenue subite à fin 2021, du peu d'investigation qu'elles ont suscitées et des très faibles traitements impliqués ( cf . p. 391-392 du dossier AI). Ce alors que ledit diagnostic a été retenu précédemment par le rhumatologue G\_\_\_\_\_.

### **E. 5.3.2**

De plus, les experts semblent apparemment prendre peu en considération les idées noires mentionnées à partir à tout le moins de septembre 2022 par le psychiatre traitant, le Dr F\_\_\_\_\_ (selon lui à l'audience, « idées suicidaires, sans tentative de mise en œuvre »), et ils retiennent une rémission du trouble dépressif récurrent, alors que le psychiatre traitant, le 29 avril 2023, évoque au mieux une stabilité de la situation, le pronostic y étant sombre au contraire du pronostic « favorable à terme » indiqué dans le rapport du 4 septembre 2022. À cet égard, de manière plus générale, l'écartement par les experts d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère ( cf . p. 392-393 du dossier AI) semble reposer essentiellement sur l'attitude de l'expertisée durant l'entretien ( cf . p. 388-389 du dossier AI), alors qu'il y a eu une perte de poids importante en neuf mois depuis décembre 2022, que l'assurée a décrit des journées type aux activités très limitées ( cf . p. 386-387 du dossier AI) et que le psychiatre traitant, en audience, a fait état d'une aggravation de l'état dépressif dans le courant de l'année 2023. L'anxiété est quant à elle écartée de manière très succincte ( cf . notamment p. 389 du dossier AI), alors que dans les questionnaires médicaux AI remplis au premier semestre, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble panique (F41) et qu'en audience la recourante a fait état d'une « angoisse forte ». Le rapport d'expertise des experts paraît de surcroît peu disert au sujet de la question des éventuels troubles de la concentration et de l'attention de l'intéressée de même que de sa fatigue alléguée, et, concernant le bruit, il ne fait que mentionner que l'expertisée « décrit une intolérance au bruit » ( cf . p. 386 du dossier AI), sans examen plus approfondi.

### **E. 5.3.3**

Par ailleurs, pour ne retenir qu'une plausibilité très partielle du tableau clinique, les experts expliquent que le retrait social et le refus de répondre à des invitations de proches ou d'amies énoncés dans un premier temps par l'expertisée s'avéreraient, dans un second temps, très partiels ( cf . p. 391 du dossier AI). Ces attitudes de retrait social et de refus de répondre à des invitations de proches ou d'amies ne paraissent toutefois en tant que telles, le cas échéant, complètement incompatibles ni avec une certaine passivité dans ses relations familiales et amicales, ni avec le fait d'être soutenue par son frère, son fils cadet et sa mère qui prendraient eux-mêmes des initiatives, ni avec des journées type aux activités limitées et avec une grande fatigue ( cf . notamment p. 386-387 du dossier AI). À cet égard, entendue en audience, la recourante a paru, prima facie , relativement sincère concernant l'ensemble de ses difficultés et souffrances.

#### **E. 5.3.4**

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

#### **E. 5.3.5**

Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ et la recourante elle-même ont fait état d'une aggravation progressive de l'état dépressif de celle-ci par rapport aux réponses fournies par ce psychiatre à fin avril 2023, avec aussi une réapparition des attaques de panique et de ruminations anxieuses (cf. questionnaire médical AI rempli le 28 février 2024 par le psychiatre traitant). D'après le Dr F\_\_\_\_\_ entendu en audience, il a introduit la venlafaxine, antidépresseur plus fort que les médicaments précédents et servant à traiter une aggravation, après l'expertise. En outre, selon l'assurée également entendue en audience, elle ne lit plus ni ne regarde la télévision « depuis presque une année », donc environ depuis début 2024, alors qu'à teneur du rapport d'expertise, elle lisait alors très peu mais regardait la télévision (cf. p. 386 du dossier AI). Il est donc possible qu'il y ait eu une aggravation importante de l'état psychique de l'intéressée entre l'expertise bidisciplinaire et le prononcé de la décision querellée, péjoration qui aurait alors échappé à une prise en compte par l'intimé.

#### **E. 5.4**

Vu les doutes qui précèdent concernant les questions relatives aux douleurs et aux troubles psychiques, une expertise judiciaire portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique doit être ordonnée, avec les questions qui suivent, et sera confiée aux docteurs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, qui établiront des rapports d'expertise séparés accompagnés d'une évaluation consensuelle. Dans ce cadre, sera examinée la question de l'éventuelle nécessité d'examen complémentaires, notamment d'un examen neuropsychologique (sous la supervision de l'expert psychiatre désigné), au regard entre autres des problèmes d'attention, concentration et mémoire ainsi que de fatigue dont se plaint la recourante.

#### **E. 6**

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

lors ? 6.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité). 6.4 En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 5 février 2022 ? 6.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 6.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

#### **E. 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 ?

#### **E. 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) ?

#### **E. 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) ?

#### **E. 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 ?

#### **E. 6.5**

Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ? 7. Personnalité

#### **E. 7**

Traitement 7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation. 7.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ? 7.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

#### **E. 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 ?

#### **E. 7.2**

Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

#### **E. 7.3**

Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

#### **E. 7.4**

La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8 . Ressources

## **E. 8**

Appréciation d'avis médicaux du dossier 8.1 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins ayant traité la recourante ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

### **E. 8.1**

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

### **E. 8.2**

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : a) psychique b) mental c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 9 . Capacité de travail

## **E. 9**

Quel est le pronostic ?

### **E. 9.1**

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

#### **E. 9.1.1**

La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle (nettoyeuse) ? 9.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? 9.1.3 Si seulement partiellement, à quel taux ?

#### **E. 9.1.4**

Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite ou nulle dans son activité lucrative habituelle, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?

### **E. 9.2**

La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à des limitations fonctionnelles ? Préciser les dates et indiquer le taux de l'éventuelle incapacité de travail durable dans l'activité adaptée pour chaque diagnostic, et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

#### **E. 9.2.1**

Si la capacité de travail est nulle dans une activité adaptée, ou seulement partielle, pourquoi ?

#### **E. 9.2.2**

S'il existe une capacité de travail – même très partielle – dans une activité adaptée, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.2.3 Quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? 9.2.4 À quel taux ?

#### **E. 9.2.5**

Depuis quelle date la capacité de travail de la recourante est-elle réduite ou nulle dans une activité lucrative adaptée, et avec quelle évolution et quels taux depuis lors ?

**E. 9.3**

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer (le cas échéant en distinguant selon le type d'activité).

**E. 9.4**

En résumé, comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 5 février 2022 ?

**E. 9.5**

Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

**E. 9.6**

Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10 .  
Traitement

**E. 10**

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

**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 refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

**E. 10.4**

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

**E. 11**

. Appréciation d'avis médicaux du dossier

**E. 11.1**

Êtes-vous d'accord avec les avis ayant traité la recourante, notamment ceux du docteur F\_\_\_\_\_ ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et leur estimation en matière de capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

**E. 12**

. Quel est le pronostic ?

**E. 13**

. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

#### **E. 14**

. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. C. Charge les experts d'effectuer une appréciation consensuelle du cas, dont les conclusions sont à retranscrire par écrit , s'agissant notamment de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, y compris la question des douleurs ( cf . les questions sous 4.5 posées à l'expert rhumatologue) ainsi que l'appréciation en matière de limitations fonctionnelles et de capacité de travail. II. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, leurs rapports respectifs et leur appréciation consensuelle en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. III. Réserve la suite de la procédure, en particulier au fond. La greffière Christine RAVIER Le président Blaise PAGAN Une copie conforme de la présente ordonnance 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.