

GE_GERICHTE A/731/2024 vom 28. Oktober 2025

GE Cour de justice, 2025-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_731_2024

FR: GE_GERICHTE A/731/2024 du 28 octobre 2025

IT: GE_GERICHTE A/731/2024 del 28 ottobre 2025

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, 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 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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.

E. 2.1

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI), ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. 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 (cf. 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 RAI 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^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88 a 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). En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la modification des circonstances alléguée par la recourante serait survenue avant cette date. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 2.2

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 144 I 103 consid. 2.1 ; 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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). Lorsque la comparaison des états de fait déterminants dans le temps met en évidence une modification des circonstances pertinentes, le droit à la rente doit être examiné à nouveau sous tous ses aspects factuels et juridiques (« allseitige Prüfung »), sans que les évaluations antérieures ne revêtent un caractère obligatoire. Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Selon la jurisprudence, il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant

de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente. Ainsi, le Tribunal fédéral a retenu que, dans le cadre de la nouvelle évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail, un trouble de santé s'ajoutant au tableau clinique existant ne fait pas obstacle à une suppression de la rente. Sont susceptibles de faire l'objet d'une nouvelle évaluation, éventuellement divergente, les aspects qui font l'objet d'une hypothèse, par exemple, les revenus avec et sans invalidité et les hypothèses qui les sous-tendent, l'état de santé ou la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.2 et les références). Concernant le revenu sans invalidité en particulier, la jurisprudence a retenu que, dans la procédure de révision, le parcours professionnel effectivement suivi entretemps par la personne assurée est connu, à la différence de la procédure initiale à l'issue de laquelle le droit à la rente est déterminé pour la première fois. Ce parcours permet éventuellement - à la différence toujours de l'octroi initial de la rente - de faire des déductions (supplémentaires) quant à l'évolution professionnelle et salariale hypothétique sans atteinte à la santé. Pour examiner alors ce que la personne assurée aurait atteint sur le plan professionnel et salarial sans atteinte à la santé ou de quelle manière son salaire se serait développé, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances survenues jusqu'au moment de la révision (ATF 139 V 28 consid. 3.3.3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_240/2023 du 14 mars 2024 consid. 7.1.3 et les références).

E. 2.3

Dès le 1^{er} janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 2.4

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologies claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). La capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence (ATF 141 V 281). Il en est de même lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les

domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7). 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. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées. 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. Il s'agit, encore, 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 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. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique 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 (inévitabile) 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 que l'atteinte à la santé assurée. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les 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 psychosocial intact (cf . ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

E. 2.5

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf . ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par

la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

E. 3

En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du O_____. La recourante fait valoir que cette expertise ne peut se voir reconnaître une telle valeur, car l'expert psychiatre N_____ n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique et qu'il n'avait pas commenté l'expertise du Dr H_____, qui en retenait. L'expertise du Dr H_____ remettait en cause celle du Dr N_____. Le Dr H_____ a retenu dans son rapport d'expertise du 12 octobre 2022 un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), relevant qu'il existait des éléments dépressifs et anxieux qui n'atteignaient pas le degré d'un trouble spécifique de l'un ou l'autre catégorie. En 2013-2014 et 2016-2017, l'expertisée avait présenté des épisodes dépressifs caractérisés qui étaient attestés par les rapports des Drs U_____ et V_____ ainsi que par la psychothérapeute de la recourante, avec une rémission probablement complète après chaque épisode dépressif, même s'il persistait au jour de l'expertise, une certaine fragilité de l'humeur. L'expert posait ainsi le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). La chambre de céans retient que le rapport de l'expert N_____ est peu convaincant, dans la mesure où il ne retient aucun diagnostic psychiatrique. Même si la recourante ne présentait pas d'épisode dépressif au moment de l'expertise, il ressortait du dossier qu'elle en avait connu plusieurs épisodes caractérisés, ce qui est attesté par les Drs U_____ et V_____, de sorte qu'il paraît surprenant qu'il ne les mentionne pas avec la précision, en rémission. De plus, il s'imposait en particulier de commenter les conclusions du Dr H_____ s'agissant des diagnostics psychiatriques que celui-ci avait retenus. Le Dr N_____ n'a pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, au motif que la recourante ne présentait pas de détresse, mais un substratum somatique partiellement explicatif à type de syndrome lombaire. Là encore, l'expert n'est pas convaincant, dans la mesure où il exclut rapidement

ce diagnostic, alors que cette question nécessitait un examen particulier, au vu des conclusions du Dr H_____, dont l'expert N_____ devait avoir eu connaissance, puisqu'il était résumé dans l'expertise du O_____. Il aurait en effet dû évaluer si les douleurs de la recourante étaient, pour une part significative, dépourvues de substrat organique, ce qu'il n'a pas fait alors qu'il admettait qu'une partie des douleurs n'en avait pas. De plus, la recourante lui avait indiqué qu'elle souffrait non seulement de lombalgies mais également d'une irradiation dans les membres inférieurs et de cervicologie des processus herniaire et une gonalgie bilatérale et elle avait en outre indiqué à l'expert orthopédique du O_____ qu'elle avait également des douleurs aux deux hanches, avec une irradiation principalement au membre inférieur droit jusqu'aux pieds et orteils, avec des douleurs constantes évaluées à 7-8 sur 10, pouvant atteindre 10 sur 10 sous forme d'élançement, comme des coups de couteau dans le dos. Or, l'expert N_____ n'a évoqué que des douleurs lombaires. Il n'a donc pas sérieusement examiné si les douleurs de la recourante avaient réellement un substrat organique. À teneur des conclusions consensuelles des experts du O_____, les limitations de la recourante liées à ses atteintes somatiques sont de peu importantes, alors qu'elles apparaissent beaucoup plus importantes dans le ressenti de la recourante. Selon l'expert H_____, si l'on en jugeait par le nombre de ses démarches thérapeutiques somatiques et psychiatriques entreprises, y compris agressives (chirurgicales), on pouvait en déduire que le degré de souffrance de la recourante était élevé et elle paraissait authentique dans ses plaintes. Il en résulte que les douleurs de la recourante semblent pouvoir être en grande partie sans substrat organique, de sorte qu'il paraît possible, à teneur de l'expertise du Dr H_____, que les critères diagnostiques d'un trouble somatoforme douloureux pourraient être réunis. S'agissant de l'experte en orthopédie du O_____, elle ne discute pas la question de savoir si une partie des douleurs ressenties par la recourante est sans substrat organique et ne mentionne même pas l'expertise du Dr H_____, alors qu'elle était récente et faisait partie du dossier de la recourante, qui était résumé au début du rapport du O_____, sous synthèse du dossier. Son appréciation des capacités et ressources de la recourante apparaît lacunaire, dès lors qu'elle ne commente pas son ressenti douloureux ni les limitations importantes exprimées par celle-ci. Elle retient une capacité de travail de 100% avec pour seule motivation le fait que la recourante serait pleine de ressources, qu'elle parlait quatre langues et qu'elle avait une bonne formation en bureautique et marketing, ce qui est contestable, au vu des déclarations de celle-ci et des douleurs dont elle se plaint de longue date. S'agissant de l'expertise rhumatologique du Dr M_____, elle ne mentionne pas non plus les conclusions du Dr H_____ et ne répond pas à la question de savoir si une partie des douleurs ressenties par la recourante serait sans substrat organique, l'expert se contentant d'indiquer qu'il n'avait pas de critères en faveur d'une fibromyalgie, sans motivation. Il convient ainsi de retenir que l'expertise du O_____ n'est pas probante, faute d'avoir examiné la problématique soulevée par le Dr H_____, en lien avec le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. Il apparaît ainsi nécessaire de faire procéder à un nouvel examen du cas par un psychiatre et un rhumatologue. Si ce diagnostic est retenu, l'expert psychiatre devra examiner les indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral afin de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante en tenant compte de l'ensemble de sa situation. Il a été donné partiellement suite aux remarques et suggestions de l'intimé sur la mission d'expertise judiciaire. La référence au 15 mars 1996 a été supprimée et la question 2.30 concernant l'expertise psychiatrique, en lien avec le rapport du Dr N_____, a été complétée dans le sens requis par l'intimé. En revanche, le ch. 2.8 de l'expertise rhumatologique n'a pas été complété dans le sens requis

par l'intimé, dès lors que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F.45.4) est du seul ressort de l'expert psychiatre, de même que l'analyse des indicateurs de gravité et de cohérence développés par le Tribunal fédéral. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I.

Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique de A_____. II.

Commet à ces fins la docteure S_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur T_____, spécialiste en rhumatologie. Expertise rhumatologique : 1. 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 l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 7. Les plaintes sont-elles objectivées ? 8. La recourante souffre-t-elle dans une mesure significative de douleurs psychogènes sans substrat organique ? prière de commenter votre réponse, en lien avec le rapport du Dr H_____ du 12 octobre 2022 (diagnostic de trouble somatoforme douloureux). 9. 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 l'assurée). 10. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis 1996 ? 11. 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) ? 12. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 13. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 14. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 15. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 16. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 17. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 18. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 19. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 20. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps. 21. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà

incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ? 22. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

23. a) Êtes-vous d'accord avec les conclusions consensuelles de l'expertise du O_____ et celles du Dr M_____ (rapport d'expertise pluridisciplinaire du O_____ du 6 juillet 2023) ? Indiquer pour quelles raisons ces conclusions sont confirmées ou écartées. b) Commentez le rapport établi le 18 octobre 2024 par le Dr P_____ et précisez si l'évolution globale mentionnée par celui-ci « vers un syndrome de douleurs diffuses chroniques handicapant, conduisant à un état invalidant dans le ressenti exprimé par l'assurée », correspond à un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4).

24. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables. 25. Formuler un pronostic global. 26. Toute remarque utile et proposition des experts.

3. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec l'experte psychiatre, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

4. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois après réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

Expertise psychiatrique :

1. 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 l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

2. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Status clinique et constatations objectives.

4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 7. Les plaintes sont-elles objectivées ? 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

9. Dans quelle mesure des atteintes diagnostiquées ont-elles limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis 1996 ? 10. 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) ? 11. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 15. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 16. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? 17. Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à

travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. 18. De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ? 19. Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 20. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? 21. Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 22. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 23. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne c) dans l'activité habituelle, d) dans une activité adaptée. 24. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, c) dans l'activité habituelle, d) dans une activité adaptée. 25. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 26. Évaluer la capacité de travail en pourcent dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et indiquer depuis quand une telle activité est exigible et comment elle a évolué dans le temps. 27. a) Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. b) Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ? 28. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 29. Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr H_____ du 12 octobre 2022 ? pour quels motifs ? 30. Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr N_____ (expertise pluridisciplinaire du O_____ du 6 juillet 2023) ? Pour quels motifs. En cas de réponse affirmative, conjointement avec l'appréciation de l'expert rhumatologue, confirmez-vous ou infirmez-vous le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), étant donné que le Dr N_____ n'a pas retenu d'état de détresse chez la recourante, ledit état de détresse étant considéré comme un des items sémiologiques requis pour poser ce diagnostic (p. 46 et 50 du rapport d'expertise du 6 juillet 2023) ? En cas de réponse négative, veuillez-vous prononcer sur l'état de détresse de la recourante. 31. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. 32. Formuler un pronostic global. 33. Toute remarque utile et proposition des experts. 3. Invite l'expert à faire une appréciation consensuelle du cas avec l'expert rhumatologue s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 4. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois dès la réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. La greffière Janeth WEPF La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties le