

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1188/2019

ATAS/402/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 25 mai 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1973, originaire du Portugal, mariée, mère d'un enfant né le _____ 2007, a travaillé comme vendeuse à 100 % pour Boutiques B_____ depuis le 1^{er} septembre 2009 jusqu'au 31 octobre 2011.
2. Un résumé d'un séjour de l'assurée du 22 au 23 mai 2007 au service de gynécologie des HUG mentionne une prise en charge en raison de saignements vaginaux alors que l'assurée était enceinte de 7 2/7e semaines d'aménorrhée ; elle a été hospitalisée pour surveillance et antalgie. Le rapport est signé le 25 mai 2007 par le Professeur C_____, médecin chef de service et de la doctoresse D_____, médecin interne.
3. Dès le 26 mai 2011, l'assurée a été en incapacité de travail totale, attestée par la doctoresse E_____, FMH médecin interne, en raison d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques et une endométriose sévère.
4. Le 2 novembre 2011, l'assurée a déposé une demande de prestation d'invalidité.
5. Le 16 novembre 2011, la doctoresse F_____, FMH médecine générale, a attesté d'un état dépressif récurrent sévère depuis l'adolescence, d'un état dépressif du post partum depuis 2008 et d'endométriose depuis 2005, entraînant une incapacité de travail totale depuis le 26 mai 2011.
6. Le 15 novembre 2011, la Dresse E_____ a indiqué un état dépressif sévère sans symptôme psychiatrique, en récurrence depuis 2011.
7. Le 22 décembre 2011, le docteur C, FMH gynécologie et obstétrique, a attesté de douleurs pelviennes chroniques sur endométriose pelvienne entraînant une incapacité de travail du 11 au 28 février 2011. L'assurée présentait un status après hystéroscopie opératoire sur septum utérin en 2004 et 2006. Status après laparoscopie opératoire en 2006 pour endométriose. Status après césarienne en 2007.
8. Le 11 mai 2012, le Dr G_____ a relevé une aggravation de l'état de santé depuis octobre 2011 par l'aggravation des douleurs pelviennes. Un changement d'activité était indiqué. L'incapacité de travail comme vendeuse était totale.
9. Le 12 juin 2012, l'assurée a subi une hystérectomie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
10. Le 20 décembre 2012, la Dresse F_____ a attesté d'une amélioration de l'état de santé suite à l'intervention du 12 juin 2012, avec une diminution des douleurs et une amélioration de la thymie autorisant une capacité de travail de 50 à 100 % dans une activité adaptée, moins stressante et pas à 100 % debout.
11. Le 30 avril 2013, la doctoresse H_____, du SMR, a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès mai 2011, une capacité de travail totale dès août 2012, dans une activité adaptée, sans position debout prolongée et sans

stress (à traduire en terme de métier par un spécialiste en réadaptation professionnelle).

12. Le degré d'invalidité, selon un calcul du 8 mai 2013, était nul (revenu sans invalidité de CHF 49'743.- et revenu d'invalidité de CHF 53'239.-).
13. Par projet d'acceptation de rente du 17 juin 2013, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a retenu une incapacité de travail totale de l'assurée du 1^{er} mai 2011 au 31 juillet 2012 et une capacité de travail totale dès le 1^{er} août 2012 dans une activité adaptée, de sorte que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 novembre 2012.
14. Le 19 août 2013, l'assurée, représentée par une avocate, a écrit à l'OAI que son état de santé ne s'était que très provisoirement amélioré après l'intervention de juin 2012, puis dégradé ; elle était suivie dès février 2012 par le docteur I_____, FMH psychiatrie et psychothérapie ; il convenait d'instruire le dossier et d'accorder un abattement sur le salaire statistique d'invalidité.
15. Le 10 septembre 2013, la Dresse H_____, du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation objective médicalement démontrée.
16. Le Dr G_____ a certifié une incapacité de travail totale de l'assurée dès le 2 septembre 2013 et le Dr I_____ du 10 au 31 décembre 2013.
17. Le 2 octobre 2013, l'OAI a recalculé le degré d'invalidité de la recourante en procédant à un abattement de 15 % sur le salaire d'invalidité et en retenant une capacité de travail exigible de 75 %, de sorte que le degré d'invalidité était de 31,77 %.
18. Par décision du 9 décembre 2013, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 novembre 2012.
19. Le 22 janvier 2014, la Dresse F_____ a attesté de douleurs abdominales sévères, état dépressif fluctuant actuellement moyen, troubles cognitifs secondaires au traitement d'opiacés et dyspareunie ; en 2013, l'assuré avait présenté une récurrence d'endométriose et rupture de kyste ovarien gauche. L'incapacité de travail était totale dans toute activité.
20. Le 24 janvier 2014, l'assurée, représentée par son avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 décembre 2013. Elle a joint :
 - Un rapport du 7 janvier 2014 de la Dresse F_____, selon lequel les douleurs abdominales s'étaient aggravées après l'intervention de juin 2012, avec trouble du transit et dyspareunie et des symptômes dépressifs importants ; le traitement entraînait de la fatigue et de la somnolence ; la capacité de travail était nulle depuis le 10 septembre 2013.

- Un rapport du 13 janvier 2014 du Dr G_____, attestant de récurrence des douleurs dû à un syndrome adhérentiel depuis septembre 2013, avec une dépression réactive, entraînant une incapacité de travail totale.
 - Un rapport du 20 janvier 2014 du Dr I_____, selon lequel l'assurée souffrait d'une dépression réactionnelle d'intensité moyenne sans effet sur la capacité de travail.
21. Par décision du 25 février 2014, l'OAI a annulé la décision du 9 décembre 2013 et repris l'instruction de la cause (ATAS/307/2014 du 17 mars 2014).
 22. Le 3 juin 2014, la Dresse F_____ a attesté que la situation de l'assurée se péjorait avec apparition en automne de lésions cutanées du visage et du bras et aggravation des douleurs qui devenaient diffuses. Le diagnostic de lupus cutané et syndrome de Sjögren posés par biopsie et bilan biologique en mars 2014 conduisaient à une nouvelle prise en charge médicamenteuse. Les douleurs abdominales étaient assez bien contrôlées par les opiacés mais ceux-ci induisaient des effets secondaires. L'assurée présentait une incapacité de travail à 100 %. Aucune activité n'était exigible. Sur le plan psychique une anxiété face à sa santé, une anhédonie importante et des troubles du sommeil.
 23. Le 5 juin 2014, le docteur J_____, FMH dermatologie et vénérologie, a posé le diagnostic de lupus tumidus cutané et syndrome de Sjögren depuis septembre 2014 entraînant des restrictions physiques, douleurs articulaire et musculaire diffuses.
 24. 16 juin 2014, le Dr I_____ a attesté d'une dépression réactionnelle d'intensité moyenne avec fatigue, anxiété en lien avec les pics de douleurs ; la capacité de travail était totale sur le plan psychiatrique.
 25. Le 26 juin 2014, une note téléphonique du SMR a relevé que selon la Dresse F_____, la capacité de travail, actuellement nulle, pourrait s'améliorer si l'évolution favorable récente se confirmait.
 26. Le 25 juin 2014, le Dr G_____ a attesté d'un état de santé stationnaire. L'endométriose était une maladie qui était difficile à traiter de façon ciblée ; cela obligeait à traiter seulement les douleurs (dérivés de morphine avec ses effets secondaires). En plus, la dépression réactive pouvait accompagner cette maladie à longue évolution.
 27. Le 9 juillet 2014, la Dresse K_____, du SMR, a estimé qu'une incapacité de travail totale comme vendeuse était justifiée depuis mai 2011, nulle dans une activité adaptée d'août 2012 à décembre 2013 et totale dans toute activité dès janvier 2014. La situation n'était pas encore stabilisée.
 28. Le 6 octobre 2014, le Dr J_____ a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 20 mai 2014.
 29. Le 16 octobre 2014, la Dresse L_____, FMH rhumatologie, a indiqué que l'assurée présentait des douleurs articulaires et musculaires migrantes d'horaire

mixte, dans le contexte d'une connectivité, le plus probablement un syndrome de Sjögren primaire. Le lupus timidus mis en évidence au niveau de l'avant-bras droit pouvait s'inscrire dans le contexte de cette connectivité. Ce tableau était moins évocateur d'une polyarthrite rhumatoïde.

30. Le 10 novembre 2014, la Dresse F_____ a indiqué une aggravation depuis avril 2014 des douleurs articulaires chroniques (bouche et yeux secs, lupus cutané, lésions cutanées, arthralgies et myalgies invalidantes). La capacité de travail était nulle dans toute activité.
31. Le 11 décembre 2014, la Dresse L_____ a posé le diagnostic de connectivité (sy Sjögren / LES), endométriose et état dépressif. L'activité de vendeuse était exigible à 50 % en ne prenant en compte que le problème rhumatologique. Une expertise multidisciplinaire était nécessaire.
32. Le 17 juin 2016, la Dresse F_____ a écrit à l'OAI que l'assurée présentait toujours des douleurs, des diarrhées et une dépendance aux opiacés.
33. Le 13 juin 2017, le Dr G_____ a précisé, suite à son rapport du 25 juin 2014, que l'incapacité de travail de l'assurée était totale, l'endométriose et son traitement étant fortement handicapants.
34. Le 23 juin 2015, le service d'immunologie et d'allergologie des HUG a retenu un syndrome de Sjögren entraînant des douleurs ostéoarticulaires ; une grande partie du syndrome douloureux chronique ne pouvait être attribuée au syndrome de Sjögren. Le 15 janvier 2016, aucune amélioration clinique n'était constatée.
35. A la demande de l'OAI, le Centre médical d'expertises (ci-après : le CEMEDEX) a rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire le 10 janvier 2018 (Docteurs M_____, FMH rhumatologie, N_____, FMH médecine interne générale, O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Professeur P_____, FMH gynécologie et obstétrique).

L'assurée se plaignait de douleurs diffuses au niveau des épaules, des bras, du bassin, des membres inférieurs ainsi que des douleurs abdominales importantes, évaluées à 7 sur une échelle de 10, de manière continue, pouvant augmenter à 10 dans les crises aiguës, avec épisodes de diarrhées importantes, alternant avec de la constipation. Elle avait aussi le syndrome des jambes sans repos, traité par Sifrol, sans grand succès. Elle se plaignait d'endormissements et raideurs au niveau des bras et des doigts, le matin au réveil. Elle ne pouvait pas porter des charges, même pas 1 kg, Elle avait des lombalgies et douleurs au niveau du bassin. Parfois aussi une incontinence urinaire avec spasmes vésicaux.

Ils ont posé les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail :

- Syndrome de Sjögren peu évolutif.
- Fibromyalgie.
- Trouble anxiodépressif mixte léger (F412) secondaire aux douleurs.

- Personnalité dépendante (F60.7).
- Status après deux fausses couches puis mise en évidence d'un septum utérin à l'hystérosalpingographie, traité par résection hystéroscopique le 29 mars 2004.
- 14 décembre 2005, mise en évidence une endométriose de stade IV.
- 22 mars 2006, intervention pour l'endométriose, avec dissection d'un nodule de la lame rectovaginale et une vaporisation par laser CO2 de divers foyers intra-abdominaux, ainsi qu'une adhésiolyse coelioscopique.
- Status après traitement de fécondation in vitro, naissance d'un garçon par césarienne le 28 décembre 2007.
- Hystérectomie coelioscopique avec salpingectomie droite et adhésiolyse le 16 mars 2012.
- Dyspareunie
- Status après cholécystectomie pour cholécystite et cholélithiase.

Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail était de 100 % de mai 2011 à juillet 2012, de 0 % d'août 2012 à décembre 2013, puis de 100 % « depuis décembre jusqu'au 11 décembre 2014 ». Depuis cette date la capacité de travail était de 50 % comme vendeuse. Depuis la date de la présente expertise la capacité de travail était de 100 % dans toute activité sans diminution de rendement.

L'assurée ne présentait pas de diagnostic source de limitations fonctionnelles ou de handicap. L'examen clinique était tout à fait dans la norme, raison pour laquelle une capacité de travail était possible à 100 % dans toute activité sur le plan de la médecine interne. Toutefois les radiographies des mains et des pieds et les échographies des mains et des poignets réalisés en octobre 2014 ne montraient pas de signe inflammatoire. Sur le plan biologique, il n'y avait pas de signe inflammatoire. Il n'y avait pas de signe d'atteinte viscérale. L'examen clinique ne montrait aucun signe inflammatoire articulaire, toutes les articulations étaient libres. Il n'y avait pas de synovite, de déformation ni de limitation des mouvements. Par conséquent on ne retenait pas de limitations fonctionnelles ni de limitation de la capacité de travail dans une quelconque activité.

La prise en charge gynécologique avait été bien faite. Les deux premières fausses-couches étaient dues vraisemblablement au problème malformatif utérin traité correctement par ablation de ce septum. Le diagnostic d'endométriose avait été posé lors de l'intervention du 29 mars 2004 et confirmé une année et demie plus tard dans le cadre de la laparoscopie du 14 décembre 2005. L'endométriose du petit bassin était une maladie fréquente accompagnée d'une symptomatologie de dysménorrhée et de douleurs abdominales variant en fonction de différents critères (localisation, étendue, etc). Diverses interventions avec résection et destruction des foyers d'endométriose par laser avaient été faites dans les règles de l'art et par des mains expertes d'un spécialiste reconnu pour la prise en charge de l'endométriose

sur la place de Genève. L'infertilité faisait partie du tableau clinique de l'endométriose, mais grâce à un programme in vitro, l'assurée avait pu devenir enceinte et a accouché d'un garçon. Elle était consciente du rayon de soleil qu'elle avait reçu ce jour-là et elle en était reconnaissante. Le fait qu'elle ait éprouvé la période gravidique comme extrêmement douloureuse, alors que la grossesse était le meilleur traitement de l'endométriose durant neuf mois, montrait à quel point l'état psychique était impliqué. Les divers traitements hormonaux et anti-inflammatoires avaient été sans succès, à tel point que d'un commun accord entre l'assurée et son gynécologue, il avait été décidé de réaliser une hystérectomie à l'âge de 39 ans. Cette opération traitait la dysménorrhée (douleurs de règles sur adénomyose), mais évidemment pas les foyers d'endométriose diffus de la région abdominale. Les traitements médicamenteux notamment morphiniques, avaient été arrêtés en raison d'effets secondaires au niveau intestinal et hépatique. Malgré l'arrêt de ces médications, les douleurs chroniques avaient persisté. La prise en charge gynécologique avait été bien faite, utilisant tous les moyens thérapeutiques à disposition. Le vaginisme mis en évidence à l'examen clinique alors que l'examen échographique était indolore, était un signe d'hypersensibilité ne permettant pas d'avoir une vie sexuelle normale. L'endométriose, prise en charge médicalement correctement comme dans ce cas précis, n'était pas liée à une incapacité de travail. La capacité de travail de l'assurée, à part le congé maternité et les périodes post-opératoires, était donc de 100 %. Le principal problème de cette assurée était ses douleurs ubiquitaires, accompagnées d'un trouble anxiodépressif mixte léger (F41.2) chez une personnalité dépendante (F60.7) dépourvu de caractère handicapant. Du point de vue psychiatrique, cette assurée était capable de travailler à 100 % dans l'ancienne activité (vendeuse) ou dans une activité adaptée.

36. Le 26 janvier 2018, le Dr Q_____, du SMR, a estimé que l'expertise était convaincante. L'incapacité de travail était de 100 % du 25 mai 2011 au 31 juillet 2012, nulle du 1^{er} août 2012 à décembre 2013, de 100 % de décembre 2013 au 11 décembre 2014 et nulle depuis le 12 décembre 2014. L'activité de vendeuse était adaptée. Il y avait vraisemblablement des interactions entre la fibromyalgie et la personnalité dépendante de l'assurée, avec des bénéfices secondaires dans le sens que l'attention de son entourage était focalisée sur elle.
37. Le 3 juillet 2018, l'OAI a reconnu à l'assurée un statut d'active.
38. Par projet d'acceptation de rente du 9 juillet 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2012 au 31 mars 2015.
39. Le 11 septembre 2018, l'assurée représentée par son avocate, a écrit à l'OAI qu'elle était en complet désaccord avec l'expertise, laquelle contenait plusieurs erreurs ; l'endométriose n'avait pas été évaluée correctement car elle entraînait des douleurs chroniques qui avaient une répercussion sur sa capacité de travail ; plusieurs plaintes n'avaient pas été prise en compte.

Elle a communiqué un rapport de Madame R_____, psychologue, selon lequel l'endométriose et ses conséquences étaient totalement sous-estimées. L'expert gynécologue n'avait pas décrit l'examen dans sa chronologie correcte, il avait commencé par l'échographie vaginale où l'assurée avait serré les dents puis avait effectué un toucher vaginal qui avait dans la zone mentionnée comme douloureuse selon un IRM du pelvis, ce qui expliquait les pleurs de l'assurée et contredisait la notion de vaginisme. Le Dr G_____ parlait de douleurs pelviennes chroniques et d'une sténose urétrale droite et Mme F_____ mentionnait une atteinte digestive urétrale et des adhérences. Cette zone avait été visiblement touchée par l'expert sans qu'il ne tienne compte des pièces du rapport qu'on lui avait fourni. L'assurée avait vécu de nombreux traumatismes dans son enfance et adolescence ; son père qui avait combattu en Guinée semblait avoir eu les mêmes problèmes que les vétérans du Vietnam : crises de violence subites, alcool pour calmer les angoisses et l'assurée, première de la fratrie, devait non seulement protéger ses frères et sœurs, voir sa mère se faire frapper sans pouvoir l'aider puis, régulièrement, le père demandait à ses enfants de choisir entre lui et sa femme et, devant le refus des enfants de choisir, demandait à son aînée de faire la valise, scénario qui s'était répété à de très nombreuses reprises. Plus tard, lors de vacances au Portugal chez ses parents, l'assurée avait été témoin de l'arrestation de son frère qu'elle aimait beaucoup, au petit matin, pour le viol d'une femme, un événement hautement traumatique et déchirant élaboré en psychothérapie. L'expert psychiatre n'avait également pas questionné le vécu de l'assurée autour de ses fausses couches, de la mort d'un des fœtus jumeaux, pas plus qu'il ne lui avait demandé comment elle avait vécu l'ablation de son utérus. Il s'agissait déjà rapidement des quelques éléments qui frappaient à la lecture attentive du rapport."

40. Le 4 octobre 2018, la Dresse S_____, du SMR, a indiqué qu'après relecture de l'expertise du CEMEDEX, elle retenait les incapacités de travail suivantes : 100 % depuis mai 2011, 0 % dès août 2012, 100 % dès janvier 2013, 50 % dès janvier 2015 (soit une capacité de travail de 50 % autant dans une activité adaptée que dans son activité habituelle), 0 % dès novembre 2017.
41. Par projet d'acceptation de rente du 23 novembre 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2012 au 31 octobre 2012 et du 1^{er} janvier 2014 au 31 mars 2015, ainsi qu'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2015 au 31 janvier 2018.
42. Le 10 janvier 2019, l'assurée, représentée par son avocate, a fait opposition au projet de décision de l'OAI du 23 novembre 2018, en reprenant ses griefs précédents.
43. Par décision du 22 février 2019, l'OAI a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 31 octobre 2012, du 1^{er} janvier au 31 mars 2015 ainsi qu'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril 2015 au 31 janvier 2018.

44. Le 22 mars 2019, l'assurée, représentée par son avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant à son annulation en tant qu'elle ordonnait une rente entière limitée dans le temps ; elle fait valoir que le rapport d'expertise du CEMEDEX est dénoué de valeur probante.
45. Le 15 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'aucun élément convaincant susceptible de contester l'expertise du CEMEDEX n'était amené par l'assurée.
46. Le 16 octobre 2019, l'assurée a répliqué, en se prévalant des rapports médicaux suivants de ses médecins :
- Un rapport de la Dresse F_____ et de Madame R_____ du 26 septembre 2019, relevant que l'endométriose stade 4 avec douleurs chroniques sévères non contrôlées et le trouble dépressif récurrent réactionnel avaient une incidence sur la capacité de travail de l'assurée ; elle présentait aussi une agoraphobie ; aucun traitement de l'endométriose n'était efficace pour l'assurée ; l'expertise comprenait des contre sens : l'arrêt de la morphine n'avait à l'évidence pas amélioré les douleurs et celui des opiacés les avait aggravées ; l'assurée ne présentait pas de personnalité dépendante ; la fibromyalgie était secondaire aux douleurs chroniques de l'endométriose ; la capacité de travail était nulle en raison des douleurs et du risque de chronicisation de son état dépressif. Le Dr I_____ n'avait attesté d'aucun diagnostic incapacitant mais avait mis l'assurée à l'arrêt pendant plusieurs mois, ce qui était contradictoire.
 - L'expertise du docteur T_____ du 7 avril 2012, effectuée à la demande de l'assurance perte de gain maladie, lequel posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et anxiété moyenne entraînant une incapacité de travail totale.
 - Un rapport du 17 juin 2019 du Dr G_____ attestant de douleurs pelviennes suite à une endométriose sévère ; il n'était pas d'accord avec l'expert qui assurait qu'une grossesse pouvait guérir une endométriose, car on pouvait trouver des récurrences d'endométrioses après la grossesse, avec une intervention pour cet effet, et même après un traitement conservateur médicamenteux, comme par exemple : Visanne (Diénogest 2 mg). L'assurée supportait très mal les effets secondaires de la morphine, situation qui rendait sa vie quotidienne difficile en vue d'une recherche active de travail.
47. Le 21 novembre 2019, la Dresse U_____, du SMR a rendu un avis médical selon lequel les nouveaux rapports médicaux produits ne modifiaient pas la position du SMR. En particulier, le diagnostic d'endométriose était connu des experts et ceux-ci s'étaient appuyés sur les indicateurs jurisprudentiels standards pour évaluer la capacité de travail de la recourante. En outre, l'expertise du Dr T_____ démontrait plutôt la présence d'un trouble anxio-dépressif mixte d'intensité fluctuante.

48. Le 21 novembre 2019, l'OAI a maintenu ses conclusions, en relevant que la recourante se limitait à souligner la divergence d'opinion entre les experts et ses médecins traitants quant aux limitations fonctionnelles retenues et à la capacité de travail exigible.
49. Le 20 janvier 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Mon état de santé n'a pas changé, j'ai toujours des douleurs au quotidien. L'intervention de 2012 a amélioré la situation au début, ensuite les douleurs sont revenues. J'ai eu des règles douloureuses dès le départ, quand j'ai décidé d'avoir un enfant la situation était compliquée en raison des douleurs. En effet, quand j'ai arrêté la pilule pour avoir un enfant, les douleurs ont nettement augmentées. On m'avait dit que l'intervention effectuée en 2012 pourrait régler mon problème à 80 %. J'ai des douleurs en permanence avec des jours où elles sont plus ou moins intenses. Mes médecins m'ont dit que l'endométriose ne se guérit pas, la récurrence de mes douleurs peut également venir de l'adhérence. J'avais débuté un traitement médicamenteux mais en raison des conséquences sur mon foie j'ai dû cesser ce médicament. Les douleurs me handicapent et m'empêchent de travailler. Je m'estime totalement incapable de travailler. Mes médecins pensent que les maladies auto-immunes que j'ai développées peuvent avoir un lien avec l'endométriose. En raison de ces maladies j'ai des douleurs aux articulations. J'ai aussi développé un syndrome sec qui atteint mes muqueuses et de la fatigue constante.

L'expertise au CEMEDEX a été difficile. L'examen gynécologique a été très douloureux. Au niveau psychiatrique j'ai eu de la peine à parler de moi avec un psychiatre que je ne connaissais pas. J'ai répondu brièvement aux questions qu'il m'a posées. Le gynécologue s'est focalisé sur mes interventions antérieures et il m'a aussi dit que la grossesse normalement guérissait l'endométriose. Je lui ai dit que ce n'était pas le cas pour moi. J'ai eu des douleurs constantes ainsi que des saignements pendant toute ma grossesse.

En novembre 2019 j'ai dû consulter en urgence à la maternité en raison de douleurs plus fortes dans le bas ventre. J'ai bénéficié d'un ultra son mais je dois encore effectuer une IRM. Les médecins ont suspecté des adhérences dues à l'endométriose. Après cela, j'avais de la peine à marcher et les médecins ont pratiqué un ultra son de ma hanche droite qui a montré une inflammation. J'ai subi une infiltration. Les médecins ne savent pas si ce nouveau problème est en lien avec la maladie auto-immune. J'ai pris de la Morphine pendant deux ans. C'était avant l'expertise du CEMEDEX. J'ai toutefois dû cesser ce traitement car mes intestins ne fonctionnaient plus. Actuellement je prends de l'Irfen 600 plus ou moins tous les jours. Je prends aussi du Lyrica, du Plaquenil, de l'Efexor et parfois du Rivotril si je dors trop mal. J'ai aussi de la Cortisone en réserve en cas de crises douloureuses intenses. Sur une échelle de 10, j'ai des douleurs à 5 la moitié du temps et de 7 à 8 pour l'autre moitié. Il m'est aussi arrivé de m'évanouir de douleur.

Je m'occupe juste de mon fils, je le lève le matin et je lui réchauffe à midi un plat que mon mari prépare la veille. Je ne sors que pour aller voir mes médecins. J'ai mes rendez-vous en principe le matin sinon je reste couchée sur le canapé. Je vois mon psychiatre une fois par semaine voire une fois tous les quinze jours. Je vois ma médecin généraliste une fois par mois. J'ai eu un suivi rhumatologique au HUG avec le Dr V_____. Actuellement c'est ma médecin généraliste qui me prescrit les médicaments, soit le Lyrica et le Plaquenil. Quand j'ai reçu la convocation il était prévu que chaque expertise dure deux heures mais cela a été beaucoup plus court. Par exemple l'examen psychiatrique a duré environ 45 min. A la fin de l'examen gynécologique j'ai pleuré et l'expert m'a dit qu'il ne comprenait pas pourquoi je me mettais dans cet état-là. Il m'a dit que je souffrais de vaginisme ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous demandons une expertise judiciaire non seulement gynécologique mais aussi psychiatrique en fonction des informations données par le médecin traitant, et également rhumatologique en raison des maladies auto-immunes ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Vous attirez mon attention sur le fait que les conclusions de l'expertise gynécologique sont peu claires. J'ai l'impression que l'expert gynécologue lie les douleurs à des problèmes psychiatriques mais je souhaite interpeller les médecins du SMR sur cette question ».

50. A la demande de la chambre de céans, le CEMEDEX a précisé le 6 février 2020 que le résumé du dossier et la relecture de l'expertise avaient été réalisés par la docteure X_____, l'anamnèse (à savoir les données subjectives) ainsi que les données personnelles, familiales et socio-professionnelles, avaient été récoltées par chaque expert. C'était généralement le médecin interniste qui en faisait la synthèse, à l'issue de la discussion pluridisciplinaire. S'agissant des questions relatives aux conclusions gynécologiques, le CEMEDEX a indiqué que non seulement il serait difficile de se souvenir de manière fiable des plaintes de l'assurée après un tel délai, mais que le Prof. P_____, expert gynécologue, dans l'intervalle, avait pris sa retraite.
51. Le 6 février 2020, la Dresse U_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel, en relisant l'intégralité de l'expertise gynécologique, on pouvait expliquer pourquoi l'expert ne retenait pas d'incapacité de travail en relation avec l'endométriose. L'assurée présentait bien un diagnostic d'endométriose de stade IV sévère, en raison des localisations et de l'activité des lésions. Toutefois, l'assurée avait été traitée selon les règles de l'art par des spécialistes en endométriose. Une endométriose sévère s'accompagnait de douleurs abdominales et pelviennes qui pouvaient être sévères. Toutefois, en analysant le dossier, on pouvait constater au moins deux éléments d'incohérences : la présence d'aggravation des douleurs durant la grossesse, alors qu'habituellement l'endométriose était, pour des raisons hormonales, calme durant une grossesse (mais ne guérissait pas une endométriose) ; et l'absence de douleurs lors de l'examen échographique par voie vaginale lors de l'expertise, même en mobilisant la sonde. Les limitations fonctionnelles

consécutives aux douleurs de manière générale (incluant les douleurs de fibromyalgie et les douleurs abdominales) avaient été examinées selon les indicateurs standards. Cette analyse n'avait pas permis de mettre en évidence des limitations fonctionnelles motivant une incapacité de travail sur le long terme. L'assurée effectuait ses tâches ménagères, s'occupait de son fils, pouvait faire des promenades et pouvait partir en vacances. Les déclarations de l'assurée en audience ne modifiaient pas les conclusions des experts qui avaient tenu compte de ses plaintes exprimées alors, mais aussi des éléments objectifs du status et des examens complémentaires tels que l'échographie endovaginale et le dosage sanguin des médicaments. Les plaintes demeuraient subjectives. La présence d'adhérence était fort probable, et habituelle après des interventions abdominales ; cependant l'intensité des douleurs habituellement en présence d'adhérences n'entraînait pas de limitations fonctionnelles incapacitantes sur le long terme. Une infiltration de la hanche, en soi, sans diagnostic ni clinique n'était pas incapacitante en soi.

52. Le 6 février 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du même jour.
53. Le 11 mars 2020, l'assurée a observé que l'aggravation des douleurs durant sa grossesse n'était pas due exclusivement à l'endométriose mais aussi à d'autres causes (elle avait présenté des saignements) ; par ailleurs, il y avait des exceptions au constat qu'une endométriose était habituellement calme lors d'une grossesse ; quant à l'examen avec la sonde, elle s'y était préparée mais avait néanmoins craqué au moment du touché vaginal. Le CEMEDEX avait répondu de manière évasive aux questions de la chambre de céans ; son expertise n'avait pas de valeur probante ; elle requérait une expertise judiciaire. Elle a produit un rapport d'IRM pelvienne du 8 février 2020 concluant à un status adhérentiel sévère entre le dôme vaginal, la charnière recto-sigmoïdienne, l'ancien départ du ligament utéro-sacré droit et l'ovaire droit avec une récurrence d'endométriose sigmoïdienne multifocale actuellement peu hémorragique mais au moins bifocale (à 8,2 cm de la marge anale) accolée au dôme vaginal ainsi qu'au niveau du sigmoïde antérieur centropelvien sans signe d'endométriose ovarienne. Epaissement d'aspect fibreux du dôme vésical et du départ du ligament utéro-sacré droit possiblement postopératoire. Adhérence inter-vésicale du dôme vésical postérieur.
54. Le 15 mai 2020, la recourante a requis une modification de la mission d'expertise.
55. Le 18 mai 2020, l'intimé, se fondant sur un avis du SMR du même-jour, a proposé de faire effectuer l'expertise par le CHUV, le Dr C_____ étant déjà intervenu dans le suivi médical de la recourante, selon le rapport des HUG du 25 mai 2007.

EN DROIT

- 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

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

- 2) Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
- 3) 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
- 4) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
- 5) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
- 6) a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle

seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b. En vertu des 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

- 7) a. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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.

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. 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).

d. 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; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

e. 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; ATF 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle

expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

- 8) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
- 9) 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). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 10) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

- 11) Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de

vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

- 12) En l'occurrence, l'intimé s'est fondé, pour rendre la décision litigieuse, sur l'expertise du CEMEDEX du 10 janvier 2018. Or, le volet gynécologique de cette expertise n'est pas probant.

L'expert gynécologue P_____ a tout d'abord considéré que le fait que la recourante ait éprouvé la période gravidique comme extrêmement douloureuse montrait à quel point l'état psychique étant impliqué, la grossesse étant, selon lui, le meilleur traitement de l'endométriose. Cette constatation a toutefois été clairement contredite par le gynécologue traitant (avis du Dr G_____ du 17 juin 2019). L'expert relève ensuite que, malgré l'arrêt des traitements morphiniques, les douleurs ont persisté (expertise CEMEDEX p. 27), ce qui est illogique et contradictoire avec le constat, figurant dans les conclusions de l'expertise, qu'une amélioration des douleurs pelviennes pouvait être déduite de la disparition de la dépendance aux opiacés (expertise CEMEDEX p. 28). A cet égard, ce constat est lui-même contredit par l'explication du Dr P_____, selon lequel les traitements médicamenteux, notamment morphinique, ont été arrêtés en raison d'effets secondaires au niveau intestinal et hépatique (expertise CEMEDEX p. 27). L'expert affirme encore que l'endométriose ayant été prise en charge correctement, il n'y a pas d'impact sur la capacité de travail. Or, cette déduction, non étayée n'est pas convaincante dès lors que, dans le même-temps, les conclusions de l'expertise reconnaissent les douleurs pelviennes dont se plaint la recourante ainsi que leur caractère incapacitant (expertise CEMEDEX p. 28). Par ailleurs, l'avis du gynécologue traitant, le Dr G_____, qui a suivi la recourante, est contraire à celui de l'expert P_____, notamment s'agissant de la capacité de travail de la recourante, qu'il estime nulle (rapport des 13 juin 2017 et 17 juin 2019).

Dans ces conditions, on ne saurait reconnaître au volet gynécologique de l'expertise du CEMEDEX une valeur probante et il se justifie d'ordonner une expertise gynécologique ; en l'état, l'examen des pathologies psychiatrique et rhumatologique est réservé.

- 13) L'intimé conteste le choix du Dr C_____, en relevant que celui-ci est intervenu dans le suivi médical de la recourante.

Certes, la jurisprudence considère qu'en cas de litige, il ne convient pas de confier une expertise à un médecin traitant, étant donné le conflit qui peut résulter de son rôle à la fois de fournisseur de soins, d'une part, et d'expert, d'autre part. Le simple fait qu'un médecin a déjà eu l'occasion d'examiner une personne ne l'empêche cependant pas d'emblée de se voir confier plus tard une expertise. Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsque l'expert aboutit à des conclusions défavorables à une partie. Il en va autrement si les circonstances donnent objectivement l'apparence de la prévention et font craindre une activité partielle, comme lorsque le rapport d'expertise n'est pas neutre ni objectif. Dans ce cas, il faut admettre l'existence d'un motif de récusation (ATF 127 I 196 consid. 2b p. 198 s.; arrêt 8C_160/2009 du 23 décembre 2009 consid. 3.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 29/04 du 17 août 2004 consid. 2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 733/2017 du 16 mars 2018).

En l'espèce, il n'existe aucune circonstance donnant l'apparence objective de la prévention du Dr C_____ et faisant redouter une activité partielle de sa part, ce d'autant que le Dr C_____ n'est pas intervenu comme médecin traitant de la recourante mais comme médecin chef de service, au côté d'un médecin interne des HUG, dans le cadre d'une courte hospitalisation de la recourante, il y a 13 ans (en 2007) et pour une problématique différente de celle qui est l'objet du présent litige, soit des saignements dans le cadre de la grossesse de la recourante.

Partant, il ne sera pas donné suite à la demande de récusation du Dr C_____.

Enfin, la mission d'expertise sera complétée dans le sens requis par la recourante (questions 4.2.2 et 8.1.2).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale gynécologique. La confie au docteur C_____, FMH gynécologie et obstétrique.

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, notamment le Dr G_____.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

4.2.1 La personne expertisée présente-t-elle une endométriose ? un vaginisme ?

4.2.2 Les maladies auto-immunes développées ont-elles un lien avec l'endométriose ?

4.3 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.4 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).

4.5 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) ?

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

5. **Limitations fonctionnelles**

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

5.1 dans l'activité habituelle

5.2 dans une activité adaptée

6. **Capacité de travail**

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

6.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle ?

6.3 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée ?

6.3.1 Indiquer depuis quand une telle activité adaptée est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

6.3.2 En particulier la personne expertisée était-elle capable de travailler à 50 % depuis le 1^{er} janvier 2015 et à 100 % depuis le 1^{er} novembre 2017 ? Si non pourquoi ?

6.4 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

7. **Traitement**

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

7.2 La personne expertisée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

7.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

7.4 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 avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation de la capacité de travail de la personne expertisée? Si non, pourquoi ?
- 8.1.2 En particulier, être-vous d'accord avec l'avis du Dr P_____ (expertise CEMEDEX du 10 janvier 2018 p. 27) ? Soit :
- avec le fait qu'une grossesse est le meilleur traitement de l'endométriose ?
 - avec le fait que l'état de santé de la personne expertisée ne s'étant pas amélioré durant sa grossesse, cela implique une composante psychique ?
 - avec le fait que l'endométriose, prise en charge correctement, n'entraîne aucune incapacité de travail ?
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 déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
- F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le