

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2928/2024

ATAS/613/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Eric MAUGUE, avocat

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1991, a obtenu un CFC d'assistante en médecine vétérinaire en juin 2011, ainsi qu'un diplôme en éducation canine en septembre 2013. Par la suite, elle a exercé successivement les professions de stagiaire agente de détention à 100% (dès le 30 septembre 2013) et de surveillante de prison du (1^{er} janvier au 31 mai 2015) avant de travailler au Service des espaces verts de la Ville de B_____, d'abord en qualité de gardienne d'animaux à plein temps, du 1^{er} juin 2015 au 30 novembre 2016, puis de contremaîtresse principale (au parc animalier du C_____) à 80% du 1^{er} décembre 2016 au 31 octobre 2018.
- b.** Après une période d'activité indépendante, entamée en novembre 2018 en tant qu'éducatrice canine, elle a exercé, dès le 31 mars 2021, la profession d'assistante en médecine vétérinaire (ci-après : AMV) à 80% auprès du cabinet vétérinaire de D_____ SA (ci-après : l'employeur).
- B.** **a.** Le 30 novembre 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en indiquant que l'endométriose dont elle souffrait depuis 2011, ainsi que les douleurs abdominales qui en découlaient, persistaient à ce jour malgré deux opérations réalisées, respectivement, en 2013 et 2016. À cela s'ajoutait un « problème intestinal », des douleurs dans les membres, une grande fatigue et des maux de tête. En arrêt de travail complet depuis le 31 octobre 2021, elle était suivie, pour l'endométriose, par le docteur E_____, spécialiste en gynécologie et obstétrique et, pour les autres troubles, par la docteure F_____, spécialiste en médecine interne générale.
- b.** Dans un rapport du 12 janvier 2022 à l'OAI, la Dre F_____ a indiqué que l'endométriose, apparue en 2011, était le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Une sécheresse oculaire - apparue après l'expression gastro-intestinale de la maladie - était en revanche sans incidence sur la capacité de travail. Interrogée sur l'évolution de cette capacité, la Dre F_____ a répondu que l'incapacité actuelle de l'assurée était de 60%, dans toute activité, même adaptée aux limitations fonctionnelles. Celles-ci se manifestaient par des douleurs et de la fatigue. Dans l'activité habituelle d'AMV, la capacité de travail exigible était de « 100% » (*sic*). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, cette capacité était de 40%. Les antécédents et l'évolution de l'état de santé étaient marqués par des douleurs abdominales chroniques sur endométriose. L'état actuel était caractérisé par des douleurs permanentes, des insomnies, des céphalées, de la fatigue, une dyspareunie, un état anxio-dépressif ainsi qu'une constipation chronique. Sur le plan professionnel, l'assurée appréciait son activité d'AMV mais était frustrée de ne pas pouvoir l'exercer à son gré, surtout pendant les périodes de crise. Interrogée sur le potentiel de réadaptation de l'assurée, la Dre F_____ a répondu que la douleur et la fatigue y faisaient (partiellement)

obstacle. L'activité habituelle pouvait être exercée à hauteur de quatre heures par jour, au maximum. Il en allait de même de toute autre activité, tenant compte de l'atteinte à la santé. Quant aux tâches ménagères, l'assurée pouvait s'en charger, à condition de faire des pauses.

c. Le 4 mars 2022, GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, assureur maladie perte de gain de l'employeur, a transmis à l'OAI un relevé des incapacités de travail sur la base desquelles cet assureur avait fourni des prestations (indemnités journalières compensant la perte de gain due à la maladie) :

Du 28.10.21 au 16.01.22	100%
Du 17.01.22 au 20.01.22	50%
Du 21.01.22 au 23.01.22	100%
Du 24.01.22 au 26.01.22	50%
Du 27.01.22 au 13.02.22	100%
Dès le 14.02.22	50%

d. Le 23 mars 2022, l'OAI a reçu, entre autres :

- un courrier du 15 novembre 2021 du Dr E_____ à la Dre F_____, évoquant une consultation donnée en « semi-urgence », le 5 novembre 2021 à l'assurée, en raison de la dégradation de son état algique. Elle se trouvait alors globalement invalidée par la présence de douleurs abdominales, classiquement associées à des ténésmes et à une alternance de constipation et de diarrhées, mais aussi à des céphalées, des douleurs musculaires (dans les bras et les cuisses) et à une paresthésie des extrémités. Le Dr E_____ suivait l'assurée depuis 2013. L'approche thérapeutique entreprise avait été multidisciplinaire, incluant, entre autres, une prise en charge sexologique (sans grand succès), hormonale et par consultation de la douleur. Sur les différentes investigations (chirurgie, examens gastroentérologiques et en laboratoire) et approches thérapeutiques effectuées, certaines interventions avaient permis d'adoucir les symptômes pour des durées relativement limitées (d'au maximum six mois). Au final, on faisait face à une impasse thérapeutique et le Dr E_____ était relativement pessimiste quant à l'évolution de la situation, même s'il proposait de tenter un essai thérapeutique par antidépresseurs et myorelaxants ;
- un rapport du 7 mars 2022 du Dr E_____ à l'OAI, renvoyant au courrier du 15 novembre 2021 précité ;
- un rapport du 16 mars 2022 du Dr E_____ à l'OAI, indiquant que les pelvipathies chroniques avec épisodes d'exacerbation imprévisibles avaient une répercussion tout à fait claire sur la capacité de travail de l'assurée. Il n'existait pas de traitement d'urgence permettant de résoudre les crises algiques de l'assurée. Cette appréciation était d'ailleurs partagée par d'autres médecins, dont ceux que l'assurée consultait, en urgence aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), en cas de douleurs paroxystiques. Invité à détailler les restrictions fonctionnelles qui découlaient de l'atteinte/des atteinte(s) retenue(s), le Dr E_____ a indiqué que ces restrictions étaient

celles que l'on pouvait observer chez une patiente dans un état algique absolu, devant se mettre en position de prostration et n'étant dès lors plus capable d'effectuer aucun travail. Interrogé sur les répercussions de l'atteinte/des atteintes retenue(s) dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales), le Dr E_____ a mentionné que les problèmes algiques de l'assurée avaient une atteinte notoire sur ses activités de couple, avec des rapports sexuels très difficiles, et parfois une « mise en parenthèse de ses capacités d'échanges privés à même de compromettre le fonctionnement de sa vie privée ». Concernant les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles elle pouvait compter, elle gardait une relation satisfaisante avec son conjoint. Interrogé sur la capacité de l'assurée à reprendre une activité professionnelle, le Dr E_____ a indiqué que les difficultés liées aux épisodes paroxystiques avaient une incidence sur toutes sortes d'activités professionnelles. Ainsi, l'activité intellectuelle était compromise, par défaut de concentration et les déplacements et ports de charge étaient impossibles. La « reprise d'un travail normal » serait possible si on réussissait à juguler les épisodes douloureux. Quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle, elle dépendait de l'état algique et pouvait varier entre 0 et 100%. À cet égard, le Dr E_____ se déclarait « navré de ne pas pouvoir être plus précis » eu égard à la « volatilité des symptômes » de l'assurée. Il allait sans dire qu'en l'absence de symptôme, sa capacité de travail était entière ;

- un courrier du 3 février 2022 du docteur G_____, spécialiste en affections digestives, à la Dre F_____, dans lequel ce médecin, qui suivait l'assurée depuis 2016, indiquait que deux interventions gynécologiques et de multiples explorations n'avaient pas permis d'amélioration significative de sa symptomatologie douloureuse pelvienne. En l'absence d'autre hypothèse probante, ce médecin penchait pour un syndrome de l'intestin irritable, raison pour laquelle il proposait, d'une part, un régime « *food-map* » à mettre en place par une diététicienne et, d'autre part, une adaptation de la médication prescrite, le traitement laxatif actuel occasionnant une diarrhée invalidante. Enfin, le Dr G_____ se disait également tenté par un essai de traitement par antidépresseur, au moins à titre antalgique ;
 - un rapport (« lettre de sortie ») établi le 11 novembre 2019 par le service de gynécologie des HUG relatant un séjour hospitalier de 48 heures (du 6 au 8 novembre 2019) de l'assurée, suite à une douleur pelvienne aiguë d'apparition brutale, due à une probable rupture de kyste du corps jaune.
- e. Par courrier du 31 août 2022, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 octobre 2022 en raison des répercussions que son incapacité de travail prolongée entraînait sur l'organisation du cabinet.
- f. Dans un rapport du 19 septembre 2022 à l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que le status clinique était marqué par des douleurs spasmodiques pelviennes et abdominales, accompagnées d'urgences défécatoires. On notait, par ailleurs, une

dyspareunie invalidante et inconstante ainsi que des douleurs pelviennes à l'examen clinique abdomino-vaginal. Les plaintes n'avaient pas changé depuis la première consultation et l'évolution avait été marquée par diverses exacerbations, investigations et traitements, sans jamais permettre une cessation des symptômes. L'effet de la prise en charge multidisciplinaire avait été très partiel et la piste gastroentérologique semblait dominer actuellement. L'aspect invalidant était très cohérent.

Invité à détailler les restrictions et limitations qui découlaient des atteintes, le Dr E_____ a mentionné qu'il s'agissait principalement d'épisodes non prévisibles et subits de douleurs paroxystiques avec prostration et « urgences défécatoires pouvant (en l'absence de WC) conduire à une débâcle défécatoire ». La vie socio-professionnelle et intime était dès lors impossible, pour une durée variable.

Interrogé sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à son état de santé, le Dr E_____ a indiqué que le caractère imprévisible (en durée et fréquence) des symptômes rendait la réponse difficile mais qu'une solution passait peut-être par une activité à temps partiel et du télétravail.

Sur le plan gynécologique, le traitement prescrit consistait notamment en un contraceptif hormonal (Nuvaring) en continu. Cependant, une « désescalade » avait été initiée, après de multiples traitements qui incluaient, entre autres, une ménopause artificielle induite à l'aide de médicaments analogues à la « GnRH » (hormone de libération des gonadotrophines).

g. Par communication du 31 octobre 2022, l'OAI a fait savoir à l'assurée que des mesures d'intervention précoce ainsi que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.

h. Dans un rapport du 15 décembre 2022, la Dre F_____ a fait état de douleurs abdominales diffuses et permanentes, ponctuées de crises et d'exacerbations. Ces douleurs étaient en aggravation depuis l'été 2021. Depuis début 2022, l'assurée était également sujette à des céphalées, à des douleurs dorsales et des membres ainsi qu'à un état anxio-dépressif. Elle ne pouvait pas garder la même position (assise ou allongée) plus de cinq à dix minutes, mais pouvait marcher pendant 30 minutes. De ce fait, elle ne pouvait ni [illisible], ni effectuer des tâches, ni se concentrer. Dans une activité adaptée à son état de santé (éventuellement dans l'éducation canine), sa capacité de travail était de 10%.

i. Dans un rapport du 7 mars 2023 à l'OAI, le Dr E_____ a indiqué que l'examen clinique du 19 décembre 2022 démontrait la persistance d'une vive douleur à la mobilisation du col utérin, lors de l'examen gynécologique, et d'une hypersensibilité diffuse de l'ensemble abdominal à l'inspection manuelle. Depuis l'intervention du 16 novembre 2022 (laparoscopie, adhésiolyse et traitement d'endométriose mineure), les algies persistaient de manière presque inchangée. Il s'agissait de douleurs spasmodiques, abdomino-pelviennes, nécessitant la prise de

Tramadol occasionnellement, en addition au traitement habituel (Dafalgan, Irfen, Pantoprazole et Visanne). Invité à détailler les restrictions qui découlait des atteintes à la santé et à apprécier la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée, le Dr E_____ a indiqué que la situation était parfaitement superposable avec celle décrite dans le rapport du « 20.09.2022 » (*recte* : 19 septembre 2022). Sur le plan du traitement, le Nuvaring en continu s'était soldé par un échec, ce qui avait conduit à la reprise du traitement précité.

Le Dr E_____ a également joint à son rapport le protocole opératoire du 16 novembre 2022, dans lequel il concluait à un status relativement normal au regard des symptômes (pelvipathies invalidantes, atteignant de façon chronique et imprévisible la qualité de vie de l'assurée, en relation avec le cycle, et également en dehors du cycle ; douleurs vives à la mobilisation antérieure du col, ainsi qu'à l'ensemble de l'examen pelvien). Dans la région pelvienne gauche, les adhérences sigmoïdo-pariétales et les images suggestives d'une endométriose légère pouvaient participer aux douleurs de l'assurée. On attendait de la dénervation des ligaments utéro-sacrés une amélioration des symptômes algiques. Au total, les constatations opératoires ne permettaient pas d'expliquer l'ensemble des symptômes invalidants.

j. Par avis du 5 avril 2023, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, à la lumière des rapports versés au dossier, que l'assurée présentait une symptomatologie multiforme et chronique mais que les spécialistes consultés par l'assurée n'avaient pas pu établir de cause somatique précise, de sorte qu'on pouvait suspecter une atteinte de type « SPECDO » (syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique) nécessitant la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire avec volets psychiatrique et de médecine interne, cela afin d'établir de manière claire et circonstanciée les atteintes à la santé ayant une répercussion sur la capacité de travail, l'évolution de l'incapacité de travail et la capacité de travail résiduelle.

k. Le 7 juin 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale était nécessaire et que celle-ci serait réalisée par le centre d'expertise Swiss Expertises Médicales et comprendrait un volet de médecine interne générale – confié à la docteure H_____, spécialiste en médecine interne générale – et un volet psychiatrique – confié au docteur I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

l. Le 20 juillet 2023, l'assurée a été examinée par ces deux experts qui ont rendu leurs conclusions dans un rapport d'expertise du 7 novembre 2023.

En l'absence d'atteinte à la santé psychique, les experts n'ont pas retenu de diagnostic psychiatrique. Ils ont estimé que les douleurs chroniques, qui étaient d'origine multifactorielle, s'expliquaient par les diagnostics suivants :

- Fibromyalgie (M79.7) ;

- Syndrome de l'intestin irritable ; perturbation du transit avec alternance constipation-diarrhées (K58) ;
- Migraine commune sans aura (G43.0). Traitement de fond, spray nasal, utilisé une fois par semaine. La fréquence et l'intensité des crises dépassaient l'évolution de céphalées de tension fréquemment rencontrées dans la fibromyalgie ;
- Endométriose sous traitement hormonal (N80).

Ces diagnostics étaient à l'origine de limitations fonctionnelles prenant la forme de douleurs chroniques qui entraînaient une baisse de rendement.

Dans l'activité habituelle d'AMV, la capacité de travail était (et avait toujours été) entière sur le plan psychiatrique. En revanche, sur le plan somatique, elle était de 80% (incapacité de 20% sous forme d'une baisse de rendement) depuis le début de l'incapacité de travail en octobre 2021. Invités à se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, les experts ont indiqué que sur le plan psychiatrique, il n'existait aucune indication à l'exercice d'une activité adaptée et que sur le plan somatique, l'activité habituelle d'AMV était adaptée.

Les experts ont considéré, en synthèse, que la capacité de travail était de 80% dans toute activité (soit 100% avec une diminution de rendement de 20% due au besoin de pauses récurrentes), ce depuis la décompensation de douleurs d'origine multifactorielle (fibromyalgie, endométriose, migraine commune et côlon irritable) qui coïncidait avec le début de l'incapacité de travail, en octobre 2021. Aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu, étant précisé que les douleurs chroniques n'avaient pas d'incidence significative sur l'humeur. Les symptômes pouvaient théoriquement être améliorés par une approche multimodale, axée sur la prise en charge de la douleur, incluant un traitement antidépresseur à action duelle sur les douleurs, des thérapies cognitivo-comportementales (de manière à améliorer les stratégies d'adaptation) et la poursuite des thérapies physiques (fasciathérapie, application de TENS [neurostimulation électrique transcutanée]). Enfin, le traitement antidépresseur pourrait également avoir un effet bénéfique sur les symptômes de l'intestin irritable.

m. Par avis du 13 novembre 2023, le SMR a estimé, au vu du rapport d'expertise que l'atteinte principale consistait en des douleurs d'origine multifactorielle, prédominant au niveau abdomino-pelvien, dans le cadre d'un syndrome de l'intestin irritable, perturbation du transit avec alternance constipation-diarrhées (K58) et d'une endométriose sous traitement hormonal (N80). À cela s'ajoutaient d'autres atteintes (fibromyalgie M79.7) et migraine commune sans aura (G43.0).

n. Par avis du 22 janvier 2024, le SMR a estimé qu'en tant que le courrier du 8 janvier 2024 évoquait le caractère inenvisageable d'un emploi à 80% du fait des limitations fonctionnelles causées par les douleurs d'origine multifactorielle et une médication qualifiée d'« extrêmement lourde », il s'agissait là de deux points qui avaient été pris en compte dans le rapport d'expertise, sans qu'un élément

médical nouveau ne soit apporté. Partant, le précédent avis du SMR du 13 novembre 2023 restait d'actualité.

o. Le 8 février 2024, l'OAI a permis à l'assurée d'accéder aux enregistrements sonores de l'expertise.

p. Par courrier du 23 mai 2024, l'assurée a soutenu que, sur le plan somatique, les constatations du rapport d'expertise étaient en contradiction manifeste, non seulement avec les propos qu'elle avait tenus – l'enregistrement en attestait –, mais aussi avec l'ensemble du dossier médical. Elle a également produit :

- un rapport du 29 septembre 2023 du docteur J_____, médecin assistant au Pôle santé Hôpital de K_____, relatif à une consultation donnée le 26 septembre 2023 à l'assurée. Retenant le diagnostic principal de « péjoration de douleurs abdominales aiguës chez une patiente connue pour endométriose », ce médecin a précisé que l'assurée présentait, depuis le 26 septembre 2023, au matin, des douleurs suspubiennes qui lui paraissaient d'intensité plus importante que celles dues à son endométriose. Elle avait pris trois comprimés d'Ibuprofène 600 mg, sans amélioration. En conséquence, le Dr J_____ avait adapté l'antalgie en prescrivant du Vimovo 500/20mg à raison de trois fois par jour au plus, pour deux semaines de traitement, puis une poursuite de l'antalgie par paracétamol ;
- un rapport du 8 février 2024 du docteur L_____, médecin assistant au Pôle santé Hôpital de K_____, concernant une consultation donnée le 8 février 2024 pour une douleur abdominale diffuse dans le bas-ventre, mais particulièrement dans la « FIG » (fosse iliaque gauche), d'origine indéterminée. Accueillie en urgence, l'assurée s'était vu administrer de la morphine et de la Novalgine par voie intraveineuse ;
- une attestation du 22 avril 2024 dans laquelle le docteur M_____, médecin-vétérinaire et compagnon de l'assurée indiquait que cette dernière travaillait depuis le 1^{er} janvier 2024 au sein du cabinet vétérinaire qu'il exploitait et qu'à ce titre, ses tâches quotidiennes consistaient, entre autres, à répondre au téléphone, préparer les médicaments, réceptionner les colis à la poste, prêter assistance lors des consultations, participer aux chirurgies, effectuer des tâches de secrétariat et s'occuper du ménage du cabinet. L'assurée organisait ses activités professionnelles en fonction de son état de santé et de ses douleurs. Elle travaillait à domicile, ce qui lui permettait de s'allonger dès que des douleurs survenaient ou lorsqu'elle prenait des médicaments qui la handicapaient à tout moment de la journée. Elle pouvait ainsi repousser le travail à plus tard, en fonction de ses douleurs, qui étaient présentes, plusieurs fois par jour et dont la durée pouvait varier de quinze minutes à plusieurs heures. Parfois, elle était incapable de travailler pendant un ou deux jours de suite. En raison de son état de santé, l'assurée rencontrait de nombreux empêchements au quotidien qui requéraient une grande flexibilité dans

l'accomplissement des tâches. Ainsi, une femme de ménage intervenait toutes les deux semaines pour soulager l'assurée et effectuer les tâches qu'elle ne pouvait pas accomplir. Quant au Dr M_____, il était également capable de s'organiser pour assumer ses responsabilités lors des périodes d'incapacité de travail que l'assurée subissait en raison de son état de santé ;

- un justificatif du Dr M_____ concernant le paiement du salaire de l'assurée pour le mois de mars 2024 (CHF 1'437.- net).

Tirant argument des pièces citées, l'assurée a fait valoir que celles-ci témoignaient d'une évolution défavorable de son état de santé, contrairement à ce qu'indiquait la Dre H_____. Par conséquent, l'expertise de cette dernière ne revêtait aucune valeur probante.

q. Par avis du 11 juin 2024, le SMR a estimé que les points mentionnés en lien avec les écoutes des enregistrements avaient été pris en considération par les experts. Quant aux rapports de consultation récents des Drs J_____ et L_____, ils entraient dans le cadre des douleurs d'origine multifactorielle déjà évaluées dans l'expertise et n'apportaient aucun élément permettant de retenir une modification notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis l'avis du SMR du 13 novembre 2023. Quant à l'attestation du Dr méd. vét. M_____, qui rapportait des douleurs dont la durée variait de quinze minutes à plusieurs heures, empêchant ainsi l'assurée de travailler parfois pendant un à deux jours de suite, il s'agissait d'une attestation de l'employeur et non d'un médecin. De plus, les douleurs rapportées et leur incidence avaient déjà été évaluées par l'experte. En conséquence, le SMR maintenait son avis du 13 novembre 2023.

r. Par décision du 16 juillet 2024, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles à l'assurée. Les justificatifs médicaux remis dans le cadre de l'audition ne modifiaient pas l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée qui était de 100% dans toute activité professionnelle avec une baisse de rendement de 20%. Concernant le revenu sans invalidité, on pouvait se baser sur les arguments de l'assurée (soit un revenu présumable de CHF 84'170.- en tant que gardienne de prison). Tel n'était cependant pas le cas pour le revenu avec invalidité. Étant donné que l'assurée n'avait pas repris une activité lucrative correspondant à l'exigibilité médicale, on pouvait se fonder sur les statistiques salariales de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), plus particulièrement sur le tableau T17. Selon cette statistique, une femme exerçant une activité de la ligne 54 (personnel des services de protection et de sécurité) pouvait réaliser un salaire de CHF 6'320.- en 2020. En tenant compte d'une durée hebdomadaire normale de travail de 41.7 heures dans ce secteur, cela représentait CHF 6'588.- par mois ou CHF 79'056.- par an, respectivement CHF 80'140.- par an en 2022 après indexation selon l'indice suisse nominal des salaires (ISS). En déduisant de ce montant une diminution de rendement de 20%, le revenu annuel brut avec invalidité s'élevait à CHF 64'112.- et le degré d'invalidité à 24% $[(84'170 - 64'112) \times 100 / 80'170 = 23.83, \text{arrondi à } 24\%]$. Un degré d'invalidité

inférieur à 40% n'ouvrait pas droit à une rente. Pour le surplus, aucune mesure d'ordre professionnel n'était indiquée.

- C. a.** Le 11 septembre 2024, l'assurée a interjeté un recours contre la décision du 16 juillet 2024 par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu à son annulation et à l'octroi d'une rente entière, dès le 1^{er} juin 2022, avec intérêts moratoires à 5% l'an sur les arriérés dès le 24^{ème} mois suivant l'exigibilité. Elle a également conclu, préalablement, à l'audition des Drs F_____ et E_____ et à la réalisation d'une expertise judiciaire.

À l'appui de sa position, elle a soutenu, en substance, que l'analyse de sa situation sur le plan somatique par l'experte H_____ était extrêmement sommaire et sans discussion sérieuse des appréciations des médecins traitants. À cela s'ajoutait que l'experte s'écartait de manière considérable des déclarations (enregistrées) de l'assurée, en ce sens que celles-ci étaient en partie tronquées et/ou totalement ignorées dans le rapport d'expertise. En conséquence, les conclusions de cette expertise devaient être écartées et une nouvelle expertise – cette fois judiciaire – devait être ordonnée.

b. Par réponse du 7 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, motif pris que le rapport d'expertise du 7 novembre 2023 remplissait tous les réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

c. Le 19 décembre 2024, la recourante a répliqué et produit un rapport du 19 novembre 2024 du Dr E_____ dans lequel ce spécialiste rappelait qu'il prenait soin de sa patiente depuis avril 2013 et qu'il avait ainsi suivi son long parcours de douleurs gynécologiques handicapantes. La prise en charge avait inclus plusieurs laparoscopies et investigations gastroentérologiques ainsi que des consultations dédiées chez le professeur N_____ (spécialiste des algies pelviennes) à O_____. Les différents traitements opératoires et médicamenteux pratiqués n'avaient pas permis de résoudre son problème algique, spasmodique, par moment totalement invalidant, et malheureusement imprévisible.

Pour étayer ce constat, le Dr E_____ a annexé son rapport du 7 mars 2023 ainsi qu'un courrier qu'il avait adressé le 16 mars 2023 à la Dre F_____. Dans ce courrier, le Dr E_____ expliquait avoir vu l'assurée en décembre 2022 pour les suites postopératoires d'une laparoscopie d'investigation, entreprise dans l'espoir de résoudre les problèmes algiques chroniques et à ce jour insolubles de l'assurée (cf. protocole opératoire du 16 novembre 2022). Lors de la dernière consultation, l'assurée était accompagnée de son compagnon et il lui avait été demandé de prescrire de l'Oxynorm, l'argument avancé en faveur de ce médicament étant son efficacité et sa marge thérapeutique supérieure à celle du Tramadol. Sur quoi, c'était avec une certaine réticence qu'il s'était résolu à prescrire 60 comprimés à 10 mg de cet opiacé, dérivé de la morphine, tout en espérant ne pas avoir à

réitérer de façon chronique une telle prescription dont on pouvait appréhender la dépendance qu'elle induisait et l'absence de résolution causale des symptômes.

d. Le 23 janvier 2025, l'intimé a dupliqué en relevant que le rapport du Dr E_____ du 7 mars 2023 ne mentionnait aucun nouvel élément qui aurait été ignoré par l'experte H_____. Celle-ci avait tenu compte de l'atteinte de l'assurée mais n'avait pas retenu le même caractère handicapant en découlant, vu les divergences observées au moment de l'expertise notamment au niveau de la fréquence et de l'intensité des plaintes.

e. Par courrier du 19 février 2025, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise gynécologique à la docteure P_____, spécialiste en gynécologie et obstétrique et médecin adjointe auprès du service de gynécologie des HUG. Une copie de la mission d'expertise était jointe à son envoi et les parties avaient la possibilité de se prononcer à ce sujet et sur une éventuelle récusation de l'experte.

f. Par courrier du 12 mars 2025, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation et que les questions libellées dans la mission d'expertise lui paraissaient appropriées.

g. Le 13 mars 2025, l'intimé a indiqué avoir pris connaissance de la mission d'expertise. Selon un avis du 24 février 2025, produit en annexe, le SMR n'avait pas de questions supplémentaires à ajouter mais estimait qu'au vu de l'étiologie multifactorielle de la symptomatologie algique abdomino-pelvienne présentée par la recourante, qu'une expertise bi-disciplinaire (gynécologique et gastroentérologique) avec une évaluation consensuelle par les experts pouvait s'avérer utile.

h. Le 26 mars 2025, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas d'objection à l'ajout du volet gastroentérologique suggéré par l'intimé.

i. Par courrier du 24 avril 2025, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier, en sus du volet gynécologique, dont se chargerait la Dre P_____, une mission d'expertise gastroentérologique au docteur Q_____, spécialiste en gastroentérologie et médecin-chef de service auprès du service de gastroentérologie et d'hépatologie [...]. Une copie de la mission d'expertise dans sa dernière version était jointe à son envoi et les parties avaient la possibilité de se prononcer à ce sujet et sur une éventuelle récusation du Dr Q_____.

j. Par courriers respectifs du 15 mai 2025, les parties ont informé la chambre de céans qu'elles n'avaient pas de remarques concernant la mission d'expertise, ni de motif de récusation à l'encontre des experts proposés.

k. La chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise en date du 5 août 2025.

l. Par courrier du 1^{er} décembre 2025, la chambre de céans a interrogé les experts sur la date estimée pour rendre le rapport d'expertise.

m. Par courrier du 27 janvier 2026, l'expert Q_____ a confirmé avoir vu la recourante en date du 19 janvier 2026 et prévu un entretien bilatéral avec la Dre P_____ afin de présenter une « vision unifiée de la situation ».

n. Par courrier du 3 mars 2026, la chambre de céans a relancé les experts afin de savoir dans quel délai le rapport d'expertise serait communiqué.

o. L'expert Q_____ a rendu son rapport d'expertise gastro-entérologique le 13 mars 2026 et l'experte P_____ a rendu son rapport d'expertise gynécologique le 17 mars 2026.

S'agissant de l'appréciation consensuelle, le paragraphe final figurant dans le rapport de l'expert Q_____ relatait qu'une discussion téléphonique avait eu lieu entre les deux experts, à deux reprises et que ces derniers étaient d'accord sur « la majeure partie des réponses fournies dans nos deux expertises ». La prise en charge multidisciplinaire était mise en avant et l'expert Q_____ considérait qu'une reprise du travail « progressive me semble possible pour ma part possiblement jusqu'à 60% voire peut-être plus en fonction de l'adhésion au traitement proposé ».

p. Un délai au 13 avril 2026 a été octroyé aux parties pour communiquer leurs remarques sur le rapport d'expertise.

q. Par courrier du 28 avril 2026, la recourante a considéré que l'expertise du professeur Q_____ présentait des développements qui n'étaient « pas cohérents » et paraissaient à « plusieurs égards fluctuants ». Certaines remarques paraissaient dénoter « un parti pris ». La recourante considérait que sa présente activité pouvait être qualifiée de « niche », voire occupationnelle et que c'était uniquement dans ce cadre [d'activité] qu'une hypothétique et prétendue augmentation de la capacité de travail pouvait intervenir. Elle concluait qu'en tout état de cause, l'expert Q_____ retenait une capacité de travail à court et moyen terme de l'ordre de 40%. En ce qui concernait l'expertise de la Dre P_____, la recourante la jugeait plus complète, circonstanciée et cohérente, relevant que, selon l'experte, elle n'était pas capable d'exercer une activité lucrative, car les accès de douleurs étaient imprévisibles et des mesures médicales étaient nécessaires, préalablement à la reprise d'une telle activité. Enfin, la recourante notait que l'appréciation consensuelle n'était pas véritablement intervenue et demandait l'audition des deux experts.

r. Par courrier du 30 avril 2026, l'intimé a également constaté que les experts ne parvenaient pas à un consensus sur la capacité de travail de la personne expertisée ni sur les ressources et impacts de l'atteinte sur le quotidien de la recourante. Par ailleurs, les investigations réalisées n'avaient pas retenu d'éléments cliniques en faveur d'une endométriose et l'expertise gynécologique de la Dre P_____ comportait des diagnostics qui sortaient de son champ de compétence. De

surcroît, les limitations fonctionnelles n'étaient pas uniformes, comme cela ressortait des marches de 8 à 10 km par semaine, du vélo électrique pendant 30 minutes et de l'accomplissement des tâches ménagères. Par ailleurs, l'intimé relevait, notamment, que l'examen clinique réalisé par l'experte était similaire aux éléments rapportés dans l'expertise administrative des Drs H_____ et I_____ et que l'experte gynécologue s'écarterait des constatations des experts précédents uniquement quant à l'appréciation de la capacité de travail. Partant, l'intimé considérait, en se fondant sur l'avis médical du SMR du 8 avril 2026, que les éléments présents ne permettaient pas une appréciation différente de la situation médicale.

s. En raison d'un conflit d'horaire, les deux experts n'ont pas pu être entendus lors de la même audience.

L'expert Q_____ a été entendu en audience le 10 juin 2026. Il a confirmé que le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable était objectivé par exclusion, à savoir que, si d'autres causes n'apparaissaient pas lors de l'endoscopie, la gastroscopie ou l'examen du type digestif, on considérait que le diagnostic était celui de l'intestin irritable. L'expert s'étonnait du degré de douleurs de 4/5 sur 10 exprimé par l'expertisée en ce sens que, en se fondant sur ses 30 ans d'expérience, ses observations et notamment les cas de grandes douleurs, il faisait remarquer qu'on observait, dans ces cas des signes objectifs qui montraient la souffrance tels qu'un discours moins cohérent, une patiente qui devenait irritable ou commençait à s'agiter sur sa chaise ; or, il n'avait pas observé ces signes lors de l'expertise et considérait que l'intensité des douleurs devait plutôt être de 2/3 sur 10. Appelé à se prononcer sur l'estimation consensuelle, l'expert relevait que sa consœur, la Dre P_____, semblait plus pessimiste, en considérant notamment les douleurs dont souffrait la patiente et l'absence de substrat ; il pensait, quant à lui, qu'en réglant plus finement la question de l'antalgie, le taux de 40% pourrait être atteint. Par ailleurs, il confirmait que c'était uniquement grâce à la possibilité de travailler avec son compagnon et de pouvoir accéder en tout temps aux toilettes que la recourante pouvait actuellement travailler à 40%. Dans l'hypothèse où une équipe pluridisciplinaire intervenait pour réguler l'usage des médicaments, la patiente pourrait remonter la pente et passer de 30 à 40%, puis de 40 à 60%, puis de 60 à 80% mais sur un très long terme.

t. L'experte P_____ a été entendue lors de l'audience du 24 juin 2026. Elle a confirmé que c'était bien en raison des douleurs imprévisibles que son appréciation d'une capacité de travail nulle de la recourante se justifiait. Elle a confirmé que les diagnostics directement en rapport avec sa spécialité étaient ceux d'endométriose, de douleur pelvienne et périnéale, de syndrome myofascial en rapport avec le plancher pelvien et enfin de vulvodynie tout en précisant que seuls les diagnostics d'endométriose, de douleur pelvienne et périnéale et de syndrome myofascial avaient un effet sur les limitations fonctionnelles, car ils déclenchaient les douleurs imprévisibles. Appelée à se déterminer sur les

limitations uniformes dans tous les domaines, elle a confirmé que l'estimation de 50% de capacité de travail évoquée dans la rubrique de la « journée type » lui avait été communiquée par la recourante. L'experte reconnaissait que la recourante pouvait accomplir des activités physiques mais se demandait comment, dans son travail, elle pourrait tout à coup s'arrêter au milieu d'une opération chirurgicale vétérinaire. À cet égard, la recourante est intervenue pour faire remarquer qu'elle participait parfois à des interventions chirurgicales mais pas tous les jours, relevant qu'il avait fallu parfois annuler une intervention car elle ne se sentait pas bien. L'experte a ensuite été interrogée sur l'estimation de la capacité de travail. Elle estimait que la recourante travaillait à 50% et que son activité actuelle était adaptée car elle travaillait avec son compagnon et bénéficiait d'une certaine souplesse. Elle a précisé que si elle devait travailler dans un environnement où elle ne pourrait pas bénéficier de la même flexibilité, sa capacité de travail serait nulle en raison des crises de douleurs imprévisibles. À ce sujet, l'expert a répété que le traitement médicamenteux ne convenait pas car les opiacés créaient des douleurs induites et qu'il était nécessaire de mettre en place un traitement antidouleur personnalisé. Si ce dernier était adapté et toléré, on pourrait observer, après une période de six mois au minimum, les premiers résultats et avec le temps, on parviendrait à une capacité de travail dans toute activité de 60 à 80% comme indiqué par son confrère Q_____. En ce qui concernait le diagnostic d'endométriose, elle confirmait qu'il ne restait pas de trace histologique, suite à l'intervention du Dr E_____, en 2013, qui n'avait pas réalisé de biopsie. Elle considérait qu'il s'agissait d'une endométriose superficielle, ce qui ne changeait rien au niveau des douleurs, mais qui expliquait l'imagerie négative car la composante superficielle était difficile à détecter sur imagerie médicale. Elle ajoutait qu'on ne guérissait jamais de l'endométriose, même si elle était traitée et que s'il fallait objectivement démontrer son existence, à l'heure actuelle, il faudrait faire des prélèvements qui ne font pas partie des examens de routine et qui permettraient, éventuellement, de constater une augmentation de l'innervation au niveau pelvien.

u. À la fin de l'audience, l'affaire a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

v. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances

sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

3.2 En l'occurrence, au vu de la demande de prestations du 30 novembre 2021, il n'est pas contesté qu'un éventuel droit à une rente d'invalidité prendrait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de cette date (cf. art. 29 al. 1 LAI) et donc postérieurement au 31 décembre 2021. Il s'ensuit que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 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).

4.2 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.3 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4). 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).

5.

5.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

5.2 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.3 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.5 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 ; 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).

5.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinions entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

6.

6.1 Lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte, notamment, de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation ; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2). On relèvera à cet égard que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de tenir compte d'une capacité de travail moyenne en raison du caractère cyclique d'une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et la référence).

6.2 Tant dans les cas de tableaux cliniques objectivables que non objectivables, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité présuppose de la même manière une appréciation médicale compréhensible des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain. Des difficultés à clarifier des faits ou à fournir des preuves peuvent nécessiter la prise en compte – au besoin en se procurant des informations étrangères à l'anamnèse – d'autres domaines de la vie comme des comportements durant les loisirs ou des engagements familiaux. Si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non objectivable (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré

des investigations consciencieuses et complètes et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_27/2015 du 26 août 2015 consid. 6.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

8.

En l'espèce, la recourante a conclu à l'annulation de la décision de l'intimé du 16 juillet 2024 et à ce que ce dernier soit condamné à lui verser une rente entière d'invalidité, dès le 1^{er} juin 2022 avec intérêts moratoires à 5 % l'an sur les arriérés, dès le 24^e mois suivant l'exigibilité, le tout sous suite de frais et dépens.

L'intimé quant à lui, reconnaît une incapacité de travail de 20% dans toute activité dès le 28 octobre 2021 (début du délai d'attente d'un an) soit une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%. Après comparaison du revenu sans invalidité et du revenu avec invalidité, il a fixé le degré d'invalidité à 24% et a refusé toute prestation.

La chambre de céans a considéré, dans son ordonnance d'expertise du 5 août 2025, que la capacité résiduelle de travail de la recourante ne pouvait pas être définie en se fondant sur les résultats de l'expertise administrative bi-disciplinaire, en psychiatrie et en médecine générale, mandatée par l'intimé.

Au vu des troubles de la santé dont se plaint la recourante, une expertise judiciaire en gynécologie et en gastro-entérologie a été ordonnée. Les appréciations des experts sont disputées par les parties, de telle manière qu'il faut examiner, en premier lieu, la valeur probante des rapports d'expertise judiciaire.

8.1 Sur le plan formel, les deux rapports d'expertise répondent aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante. L'expertise bi-disciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans chaque domaine concerné, en vue d'établir une synthèse des différentes

pathologies de l'expertisée, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier.

Les experts ont personnellement examiné la recourante préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise et ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de la recourante et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu aux questions posées.

Comme cela a été relevé par les parties, certaines imprécisions ou incohérences apparentes figurant dans les rapports d'expertise ont nécessité l'audition des experts en audience. Ces derniers se sont expliqués sur les points qui paraissaient devoir être détaillés ou éclaircis et les parties ont pu leur poser des questions.

8.2 L'expert en gastro-entérologie a retenu, comme diagnostic incapacitant, le syndrome de l'intestin irritable avec une dominance constipation *versus anisme*, expliquant en audience la manière dont il parvenait à ce diagnostic par exclusion. Il a considéré qu'il s'agissait d'un trouble fonctionnel de faible gravité, mais qui avait un impact important sur la vie quotidienne de la patiente, estimant que les limitations fonctionnelles étaient apparues, a priori, en 2012. La limitation fonctionnelle provenait essentiellement des douleurs abdominales récurrentes d'origine digestive et possiblement gynécologique ; l'autre phénomène était celui des diarrhées intermittentes, imprévisibles, avec parfois des débâcles défécatoires entraînant des souillures des vêtements. L'expert a noté une discordance entre les plaintes subjectives et l'apparence, le discours et le faciès de la patiente au moment de l'entretien, considérant que la douleur estimée de 4/5 sur 10 aurait dû, en principe, induire un comportement radicalement différent et notamment le fait que l'expertisée aurait été dans l'impossibilité de rester assise sur une chaise pendant une heure. La prise d'un comprimé antalgique et l'utilisation d'une ceinture chauffante n'ont pas été considérés comme des éléments pouvant conforter le seuil de douleurs, l'expert avançant qu'il pouvait s'agir d'automatismes. Selon lui, le seuil de douleur était plus probablement de 2/3 sur 10. Il a estimé que la recourante était capable d'exercer son activité lucrative habituelle, en raison des arrangements mis en place avec son employeur qui est également son compagnon ; il a toutefois relevé qu'une activité lucrative à plein temps paraissait cependant difficile en raison des plaintes de la patiente qui disait pouvoir travailler, selon son désir, à un taux minimum de 40%. L'expert a exposé clairement que la médication algique devait être revue et dosée plus finement, dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, après quoi, la capacité de travail pouvait être augmentée à 60% puis, à plus long terme, peut-être à 80%. L'expert s'est déclaré d'accord, en substance, avec les avis médicaux des Dre F_____ et G_____ et les conclusions de l'expertise administrative, tout en relevant qu'il était mitigé sur les conclusions de la Dre H_____ [soit une capacité de 100% - 20% de rendement = capacité de travail de 80%], rappelant que les crises étaient imprévisibles et rendaient une capacité de travail aléatoire. En conclusion, une

capacité de travail à court et moyen terme de l'ordre de 40% lui semblait raisonnablement acceptable.

8.3 L'experte en gynécologie et obstétrique n'a pas relevé d'incohérence chez l'expertisée et a estimé que les diagnostics qui tenaient de sa spécialité et qui avaient un impact sur la capacité de travail étaient l'endométriose, les douleurs pelviennes et périnéales et le syndrome myofascial du plancher pelvien. Elle considérait que la capacité de travail était nulle en raison des douleurs imprévisibles qui avaient directement un impact sur les limitations fonctionnelles. Interrogée sur le manque d'uniformité dans lesdites limitations, notamment le fait que la recourante pouvait faire de longues marches, ainsi que des promenades à vélo électrique et conduire sa voiture, l'experte a répondu que la recourante ne pourrait pas faire son travail dans le cadre d'une opération vétérinaire chirurgicale si elle était, tout à coup, frappée par une crise de douleurs. Elle confirmait que l'estimation de la capacité de travail de 50%, qui figurait sous la rubrique « journée type » de son rapport d'expertise, lui avait été fournie par la recourante. Par ailleurs, elle confirmait que cette capacité de travail n'était possible que dans le cadre de l'activité adaptée et flexible, auprès du cabinet vétérinaire de son compagnon. Comme son co-expert, elle estimait qu'il fallait revoir les traitements médicamenteux dans le cadre d'une consultation auprès du centre de la douleur et une approche multimodale afin de parvenir à un dosage personnalisé, exempt d'opiacés, qui permettrait, à terme, de retrouver une capacité de travail, dans toute activité, de 60 à 80%, rejoignant ainsi l'estimation de son confrère, le Dr Q_____. Il fallait toutefois tenir compte de l'efficacité et de la tolérance du traitement antidouleur qui, s'il était toléré et efficace, pouvait commencer à avoir des effets sur la capacité de travail après un minimum de six mois. L'experte s'est déclarée d'accord, en substance, avec l'avis médical de la Dre F_____, précisant que les douleurs chroniques associées à l'endométriose était un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'expertisée, mais pas le seul. Elle a marqué son désaccord avec les conclusions de l'expertise administrative du Dr I_____ et de la Dre H_____, estimant qu'au vu de l'imprévisibilité des crises douloureuses et l'impact fonctionnel, la capacité de travail était nulle, tout en déclarant que la capacité de travail était entièrement conservée sur le plan psychiatrique. En audience, interrogée spécifiquement sur l'estimation de la capacité de travail, elle a considéré que dans son activité actuelle auprès du cabinet vétérinaire de son compagnon, la capacité de travail de la recourante était de 50%.

La chambre de céans constate que l'évaluation consensuelle figurant dans le rapport d'expertise du Dr Q_____ manque de clarté. Il en est de même de la partie « diagnostics » du rapport d'expertise de la Dre P_____ qui mentionne des troubles de la santé qui ne ressortissent pas de sa spécialité. Enfin, la question des limitations fonctionnelles non uniformes a également dû être clarifiée.

Lors des audiences des 10 et 24 juin 2026, les parties ont pu questionner les experts et la plupart des zones d'ombre ou des déclarations ambiguës ont pu être éclaircies à satisfaction. La chambre de céans estime donc que les rapports d'expertises, combinés avec les déclarations des experts et clarifications faites en audience, présentent une pleine valeur probante.

Le diagnostic d'endométriose est admis au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base du rapport du Dr E_____ qui a réalisé les trois interventions chirurgicales de 2013, 2016 et 2022.

L'existence des crises douloureuses imprévisibles et de soudaines débâcles défécatoires est également admise par la chambre de céans, au degré de la vraisemblance prépondérante, bien que l'intensité de la douleur puisse encore être débattue.

8.4 L'estimation de la capacité résiduelle de travail de la recourante, dans le cas d'espèce, se rapproche de celui d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées. Dans ce type de cas, le Tribunal fédéral considère qu'il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte, notamment, de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation ; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2). On relèvera à cet égard que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de tenir compte d'une capacité de travail moyenne en raison du caractère cyclique d'une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et la référence).

Les experts n'ont pas été en mesure d'établir une fréquence des crises de douleurs relevant, soit de l'endométriose, soit du syndrome de l'intestin irritable. Ils ont toutefois été en mesure d'articuler des estimations sur la capacité de travail dans l'activité actuelle auprès du cabinet vétérinaire du compagnon de la recourante. Elle est estimée à environ 40% par le Dr Q_____ et 50% par la Dre P_____. La chambre de céans la fixera donc à 45%, tout en rappelant que, selon les experts, moyennant une meilleure adéquation médicamenteuse et une approche multimodale, cette capacité de travail pourrait, à l'avenir, augmenter, jusqu'à atteindre 80% à long terme.

Il convient également d'admettre que cette capacité de travail peut actuellement se dérouler de manière optimale dans l'environnement flexible et bienveillant du cabinet vétérinaire du compagnon de la recourante.

Néanmoins et contrairement à ce qu'allègue le conseil de cette dernière, il ne s'agit ni d'une activité occupationnelle, ni d'une activité de niche.

La recourante perçoit un salaire, versé par son employeur et compagnon ; elle s'occupe de tâches administratives ainsi que des soins donnés aux animaux. Lors

de l'audience du 24 juin 2026, elle a également déclaré participer aux interventions chirurgicales pratiquées dans le cabinet vétérinaire, ajoutant qu'il était arrivé à son employeur d'annuler une intervention chirurgicale parce que l'état de santé de la recourante ne lui permettait pas d'y participer. Partant, la chambre de céans considère que la recourante exerce une activité lucrative, en fournissant des contreprestations et non pas une activité occupationnelle.

En ce qui concerne l'activité de « niche », la chambre de céans est d'avis que, moyennant des aménagements et une certaine flexibilité, une activité similaire, variant entre 40 et 50%, pourrait probablement être exercée dans un autre cabinet vétérinaire, en limitant éventuellement l'assistance de la recourante pendant les opérations chirurgicales et pour autant que la recourante puisse rapidement se rendre aux cabinets ou prendre une pause en cas de douleurs persistantes.

8.5 Enfin, par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans considère qu'il n'est pas nécessaire de procéder à l'audition des médecins traitants de la recourante, soit les Drs F_____ et E_____, ces derniers s'étant exprimés par écrit et leurs appréciations ayant été soumises aux experts désignés par la chambre de céans.

8.6 Il convient à présent d'examiner le calcul du taux d'invalidité, au regard de la capacité de travail de 45% qui a été retenue.

À teneur des écritures de son conseil, la recourante ne critique pas les montants qui ont été retenus par l'intimé pour fixer le revenu avec et sans invalidité. Tout au plus considère-t-elle, dans son mémoire de recours p. 8, que le calcul de son invalidité est contesté en raison du fait qu'elle ne peut pas exercer l'activité de gardienne de prison à un taux de 80%.

On ajoutera que, dans le cadre de la procédure d'audition faisant suite au projet de décision du 21 novembre 2023, son conseil, a retenu une capacité de travail de 45%. Pour calculer le degré d'invalidité, il s'est fondé sur un salaire annuel de gardienne de prison, de classe maximale 14, dès le 13^e mois, soit CHF 84'170.- correspondant au salaire sans invalidité puis, en ce qui concerne le salaire avec invalidité, à un revenu mensuel brut perçu par la recourante dans son activité actuelle d'AMV, soit CHF 1'325.- brut équivalent à un revenu annuel de CHF 15'900.-.

Dans sa note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'intimé fixe le début de l'atteinte à la santé incapacitante au 28 octobre 2021 et précise que la volonté hypothétique de la personne assurée est de travailler à 100%, ce qui n'est pas contesté et est confirmé par la chambre de céans.

Dans la décision querellée du 16 juillet 2024, l'intimé expose qu'en ce qui concerne le revenu sans invalidité, il s'est fondé sur une activité de gardienne de prison et a donc déterminé le degré d'invalidité en comparant le revenu que la recourante continuerait à réaliser, sans invalidité, avec le revenu qu'elle pourrait

obtenir avec invalidité, appliquant une décote de 20%, correspondant à la perte de rendement fixée dans l'expertise administrative.

Or, l'activité de gardienne de prison s'est déroulée, à teneur de la note de statut du 17 novembre 2023, de septembre 2013 à janvier 2015, en tant que stagiaire agente de détention à 100%, puis de janvier à mai 2015, en tant que surveillante à 100%.

Par la suite, la recourante a travaillé en tant que gardienne d'animaux, de juin 2015 à février 2018 à 100%, puis de mars à octobre 2018 à 80%.

En mars 2021, elle a commencé à travailler en tant qu'assistante vétérinaire à 80% et il était prévu qu'elle augmentât son taux de travail à 100% avant d'être en arrêt de travail.

Il sied de rappeler que pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

On constate que l'activité de gardienne de prison titulaire ne s'est déroulée que de janvier à mai 2015, à l'issue d'un stage de septembre 2013 à janvier 2015.

En revanche, la recourante a travaillé, en tant que gardienne d'animaux pendant une plus longue période, soit de juin 2015 à février 2018 à 100% puis de mars à octobre 2018 à 80% après quoi elle a commencé à travailler tant qu'assistante vétérinaire à 80%, tout en souhaitant pouvoir travailler à 100%.

8.7 Dans l'état actuel du dossier, la chambre de céans constate que le choix de l'intimé de se fonder sur le salaire de gardienne de prison pour fixer le revenu sans invalidité prête le flanc à la critique. En effet, la motivation du choix d'une activité qui s'est terminée en mai 2015 et qui a duré moins de deux ans n'apparaît pas suffisante, au regard du changement d'orientation professionnelle opéré par la recourante dès le mois de juin 2015, celle-ci s'étant tournée vers les soins donnés aux animaux, puis vers la profession d'assistante vétérinaire qu'elle a exercé en dernier lieu, avant l'atteinte à la santé incapacitante.

Étant rappelé que la recourante a obtenu un CFC d'assistante en médecine vétérinaire en juin 2011, ainsi qu'un diplôme en éducation canine en septembre 2013 et que sa formation semble donc davantage orientée vers une profession en rapport avec les animaux.

Cette question n'a pas été suffisamment examinée par l'intimé, ni débattue avec la recourante ; dès lors, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le taux d'invalidité, faute d'éléments permettant de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, le revenu avec et sans invalidité.

Une instruction complémentaire est donc nécessaire.

Selon une jurisprudence bien établie de la chambre de céans, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés doit en principe soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, soit renvoyer la cause à l'autorité sociale intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire (ATAS/1109/2021 du 4 novembre 2021 consid. 11b ; ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/810/2020 du 28 septembre 2020 consid. 8 ; ATAS/283/2020 du 14 avril 2020 consid. 8d ; ATAS/1102/2019 du 27 novembre 2019 consid. 8). Vu la maxime inquisitoire de l'art. 61 let. c LPGa, la chambre de céans tente, dans la mesure du raisonnable, de procéder directement aux éclaircissements nécessaires dans un but de célérité et d'économie procédurale (en ce sens pour la mise en œuvre d'expertises : ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) ; cependant, un renvoi à l'administration apparaît en général approprié si celle-ci s'est soustraite à son devoir d'instruire, respectivement si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020 consid. 10 ; ATAS/463/2020 du 4 juin 2020 consid. 10 ; ATAS/56/2020 du 30 janvier 2020 consid. 13b ; ATAS/960/2019 du 22 octobre 2019 consid. 9c ; ATAS/497/2019 du 4 juin 2019 consid. 7c ; ATAS/83/2019 du 1^{er} février 2019 consid. 8c). Il ne revient en effet pas à la chambre de céans de procéder à une instruction détaillée en lieu et place du personnel spécialisé des autorités sociales compétentes (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2), d'autant que cela aurait pour conséquence de priver les assurés concernés d'un degré de juridiction (comparer pour le Tribunal fédéral : ATF 147 I 89

consid. 1.2.5) et d'affaiblir le devoir constitutionnel de motivation sérieuse de l'autorité (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2).

9.

9.1 La cause sera donc renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

9.2 La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 3'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

9.3 Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 16 juillet 2024 de l'intimé.
4. Dit que la capacité de travail de la recourante, dans une activité adaptée, est de 45% depuis octobre 2021.
5. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le