

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/427/2020

ATAS/1114/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 20 novembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERNIER, représentée par
APAS-Association permanence défense des patients et assurés

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, la patiente ou la recourante), née le _____1974, divorcée depuis le _____ 2016, originaire du Monténégro et de nationalité suisse depuis le _____ 2018, est mère de deux enfants nés respectivement en 1994 et 2010.
2. L'assurée a obtenu le 12 juin 1992 un CFC de couturière de l'école secondaire de B_____, au Monténégro et a travaillé dans une boulangerie à Sarajevo, de 2002 à 2003. Après son arrivée en Suisse, d'après son curriculum vitae, elle a travaillé auprès de la société C_____ Nettoyage, de 2005 à 2006 et, entre 2007 et 2008, elle a travaillé en tant que serveuse auprès de D_____ et de l'EMS E_____. Le 1^{er} novembre 2007, elle a été engagée en tant que serveuse à plein temps au sein du restaurant F_____. Elle a effectué un stage de serveuse à 100%, dans le cadre d'une mesure de marché du travail de l'assurance-chômage, auprès de G_____ SA, sur le site de H_____, du 1^{er} février au 26 février 2010. Elle a par la suite effectué un stage au sein de la Mission permanente du Monténégro auprès de l'ONU et des autres organisations internationales à partir du 3 mars 2014, pour une période de deux mois. Le 12 mai 2014, elle a obtenu le certificat d'informatique ECDL Start. Elle a travaillé en qualité de Dame de Buffet au sein du restaurant I_____ du 1^{er} novembre 2015 au 31 décembre 2015. Durant l'année 2015, elle a également travaillé dans les restaurants J_____, d'après son curriculum vitae. Enfin, elle a été stagiaire auprès de la société K_____ SA, du 4 janvier 2016 au 29 janvier 2016.
3. Il ressort de la confirmation d'inscription à l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) du 2 avril 2009 et du 18 mars 2011 que l'assurée s'est inscrite au chômage en indiquant être disposée à travailler à plein temps.
4. Il ressort de la confirmation d'inscription à l'ORP du 23 janvier 2012 que l'assurée s'est inscrite au chômage en indiquant être disposée à travailler à un taux de 50%.
5. Dans un rapport d'IRM du 15 mars 2016, le docteur L_____, spécialiste FMH oto-rhino-laryngologie, a indiqué que l'IRM cérébrale des rochers et de la colonne cervicale était sans anomalie décelable, notamment pas d'anomalie de signal labyrinthique ni de prise de contraste pathologique à gauche. On notait une discrète atteinte inflammatoire au sein des cavités naso-sinusiennes avec un épaississement muqueux au niveau du labyrinthe éthmoïdal associé à un niveau hydroaérique au sein de l'hémisinus sphénoïdal droit avec une discrète composante spumeuse témoignant d'une atteinte inflammatoire aigüe. Il y avait un aspect de fusion partielle de C4-C5 et des discopathies au niveau de la colonne cervicale en regard des niveaux C5-C6 et C6-C7 avec des débords unco-disco-ostéophytiques s'étendant au niveau neuroforaminal des deux côtés (prédominant à gauche) sans franche compression radiculaire. Il n'y avait pas d'anomalie de signal médullaire. Il y avait une inversion de la courbure de la colonne cervicale avec des remaniements des plateaux vertébraux adjacents aux discopathies d'allure inflammatoire.

6. Selon un rapport de consultation établi le 22 avril 2016 par le docteur M_____, neurochirurgie FMH, l'assurée était en bon état général mais présentait un discret syndrome cervical avec limitation de la mobilité cervicale surtout en extension et dans les mouvements de rotation. La palpation était sensible au niveau des épineuses C5-C6 et C7. Il n'y avait pas de franc signe de compression radiculaire ni de signe de souffrance médullaire. L'IRM du 11 mars 2016 avait montré un défaut de segmentation C4-C5 avec une surcharge au niveau des disques C5-C6 et C6-C7 se traduisant également par une réaction sous-chondrale de type Modic 1 à ces deux niveaux. Il n'y avait pas de franche compression des structures neurologiques. Au total, le Dr M_____ faisait état de douleurs cervicales sur incompétence discale avec une traduction inflammatoire C5-C6 et C6-C7. Il avait encouragé l'assurée à poursuivre dans la voie du traitement conservateur en sachant que dans près de 80% des cas, la symptomatologie se stabilisait spontanément au bout de quelques mois.
7. Dans un rapport du 6 juin 2016, faisant suite à une consultation du 1^{er} juin 2016, la doctoresse N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a conclu que l'assurée avait des cervicalgies sur discopathies inflammatoires Modic I et sur un probable trouble proprioceptif car l'assurée avait des sensations vertigineuses. La Dresse N_____ avait donc ciblé la physiothérapie proprioceptive et de renforcement des spinaux. Elle avait conseillé à la patiente de reprendre une activité et lui avait dit qu'il n'y avait pas de contre-indication à refaire un peu de course puisqu'elle adorait le sport et que cela lui faisait du bien au moral. Pour ses arthralgies des mains, la Dresse N_____ n'avait pas objectivé de synovite ce jour et le bilan auto-immun était négatif.
8. Le 5 juillet 2016, l'assurée a déposé une demande de prestation auprès de l'office AI (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle était en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} février 2016.
9. Dans un rapport de consultation du 6 juillet 2016, la Dresse N_____ a relaté que l'assurée avait commencé une physiothérapie essentiellement proprioceptive. Cela la fatiguait beaucoup. Elle faisait des auto-exercices pour son rachis cervical et avait nettement gagné en rotations bilatérales - 30 degrés lors de la précédente consultation contre 70 degrés le jour de la consultation. La Dresse N_____ a conclu que les plaintes principales de l'assurée étaient les vertiges, l'asthénie et une probable dépression surajoutée. Elle avait conseillé à la patiente de revoir son ORL après les séances de physiothérapie. Elle lui avait proposé de discuter avec son psychiatre d'un éventuel antidépresseur, mais l'assurée lui avait dit en avoir déjà essayé en 2013/2014 sans effet et que cela lui avait fait prendre du poids. Elle ne souhaitait donc pas en reprendre. Concernant les douleurs cervicales, la Dresse N_____ avait encouragé l'assurée à poursuivre régulièrement ses autoexercices.
10. Dans un courrier non daté, reçu par l'OAI le 26 octobre 2016, la doctoresse O_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué qu'elle voyait en consultation l'assurée depuis le mois de novembre 2013. Cette patiente était connue principalement pour des douleurs chroniques dans le contexte de

cervicalgies sur discopathies sur troubles dégénératifs de la colonne avec léger conflit radiculaire mais sans indication opératoire. Elle était également connue pour des vertiges dans le contexte d'une maladie de Ménière pour laquelle elle suivait des séances de physiothérapie. L'assurée était également suivie par un psychiatre dans le contexte d'un état dépressif depuis de nombreuses années. Selon la Dresse O_____, actuellement la reprise d'un travail était difficile dans le contexte d'une exacerbation de ses douleurs cervicales et de ses vertiges.

11. Par courrier du 18 janvier 2017, la Dresse N_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée n'avait pas de rendez-vous systématique prévu. D'un point de vue somatique, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée étaient les cervicalgies chroniques sans limitation des amplitudes cervicales ainsi que des arthralgies des mains mais sans synovites. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail comme serveuse de l'assurée aurait été de 50% avec la nécessité de faire des pauses du fait des cervicalgies chroniques. L'assurée avait également d'autres plaintes internistiques - céphalées et vertiges - pour lesquelles la Dresse N_____ ne pouvait pas se prononcer en tant que rhumatologue sur la capacité de travail (illisible).
12. Dans un courrier du 20 février 2017, le Dr L_____ a déclaré à l'OAI que la patiente se plaignait depuis 2015 de fatigue permanente. Lorsque cette fatigue était plus intense, elle s'accompagnait de maux de tête en casque avec une photophobie et des nuchalgies. Plusieurs fois par mois, elle se plaignait aussi d'épisodes vertigineux non rotatoires et de déséquilibre. Ces épisodes étaient brefs, de quelques secondes. Il n'y avait pas de symptôme auditif associé. Lorsque ces symptômes étaient apparus, elle ne prenait pas de traitement médical. En raison de leur persistance, elle avait arrêté son travail de serveuse en décembre 2015. À la demande son médecin traitant, elle consultait un psychiatre. L'examen oto-neurologique était normal. Lors de la première consultation en décembre 2015, le Dr L_____ avait évoqué un possible épisode inaugural de syndrome de Ménière. Au décours de son bilan et face à l'évolution de la symptomatologie, il pensait que le diagnostic de Ménière n'était plus d'actualité. L'examen clinique ne lui permettait pas d'objectiver une origine vestibulaire aux plaintes de l'assurée. La photophobie associée à ses symptômes aurait pu évoquer une migraine vestibulaire - équivalent migraineux. Cependant, le côté permanent et l'absence de réponse au traitement médical n'était pas habituel. D'autre part, une partie des douleurs, notamment cervicale, semblaient s'expliquer par la discopathie cervicale mise en évidence par l'IRM. Pour ce problème, le Dr M_____ qu'elle consultait avait préconisé un traitement conservateur. Actuellement, la situation semblait évoluer lentement spontanément favorablement. La patiente était à l'Hospice général. Elle se sentait capable de reprendre un travail comme serveuse, mais à mi-temps. Le Dr L_____, sur la base de son examen, avait de la peine à évaluer objectivement l'incapacité de travail de l'assurée. Pour cette raison, il avait demandé au Professeur

P_____, aux HUG, de bien vouloir la convoquer pour donner un deuxième avis oto-neurologique.

13. Le 28 février 2017, le docteur Q_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a rendu un rapport médical dans lequel il a fait état qu'il avait été, au premier abord, marqué par la grande difficulté de l'assurée d'établir une relation de confiance. Pendant plusieurs entretiens, elle avait été dans une attitude de grande réserve. Toutes questions qu'il pouvait lui poser sur son histoire, elle les vivait comme très intrusives. L'assurée présentait des fluctuations d'humeur qui étaient très invalidantes dans son quotidien. Elle avait également des moments de désorientation spatio-temporelle. Elle décrivait durant ces moments un vécu confusionnel qu'elle avait beaucoup de peine à dépeindre. Elle présentait une symptomatologie anxieuse qui se manifestait par une hypervigilance douloureuse et une anticipation des catastrophes. L'assurée présentait également des troubles du sommeil de manière récurrente avec notamment une grande difficulté à s'endormir et de multiples cauchemars traumatiques. Elle décrivait également de multiples symptômes somatiques notamment un état permanent de fatigue, des douleurs cervicales, des céphalées et des troubles de l'équilibre. Le Dr Q_____ a diagnostiqué, comme ayant un impact sur la capacité de travail de l'assurée, un trouble bipolaire avec un épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (F 31. 4). Il a également diagnostiqué, sans impact sur la capacité de travail, un état de stress post-traumatique (F 43.1). Il retenait qu'à cause de ses fluctuations de l'humeur, l'assurée traversait régulièrement des états d'effondrement. Dans ces périodes, elle n'arrivait pas à avoir une productivité suffisante dans son activité habituelle. Sa productivité devenait nulle quand ces fluctuations d'humeur s'associaient à ses symptômes somatiques comme ses douleurs cervicales, ses céphalées ou ses troubles de l'équilibre car elle devait rester couchée toute la journée. Depuis le début de la prise en charge, l'assurée avait beaucoup évolué. Actuellement, elle n'avait plus d'idéation suicidaire et était plus motivée à trouver une activité. Ses humeurs étaient moins fluctuantes et ses effondrements dépressifs arrivaient moins régulièrement. Au début du traitement, le Dr Q_____ lui avait prescrit du lithium qu'elle avait très mal toléré et qu'ils avaient très vite interrompu. Pendant deux ans, elle avait eu un traitement antidépresseur notamment la Sertraline qui avait eu un effet modeste sur ses symptômes dépressifs. Elle avait également eu, pendant plusieurs années, le Dalmadorm et le Stilnox pour ses troubles du sommeil. Actuellement, elle n'avait plus besoin de ce traitement pour s'endormir. Dans son activité habituelle de serveuse dans la restauration, elle avait actuellement une capacité de travail de 50%. Elle arrivait difficilement à tenir debout longtemps à cause de ses troubles de l'équilibre. Elle avait également de la peine à gérer des situations de grande tension. Si elle avait une activité adaptée, comme un travail dans l'administration, elle aurait pu avoir une capacité de travail supérieure à 50% à la condition que l'augmentation du temps de travail se fasse de manière progressive.

14. Dans un courrier adressé au SMR le 2 août 2017, le Dr L_____ a indiqué que son dernier contact avec l'assurée remontait au mois de mars 2017. Concernant une incapacité de travail sur le plan ORL, il a déclaré que, pour sa part, le dernier arrêt de travail qu'il lui avait prescrit avait pris fin le 20 mars 2017.
15. Le 23 mars 2017, le Professeur P_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, a adressé un courrier au Dr L_____. Il a indiqué que la patiente rapportait des migraines à raison d'au minimum deux épisodes par mois. Les céphalées s'installaient pour deux, voire trois jours. Elle se plaignait également de vertiges qui semblaient être de deux types. Les premiers étaient des épisodes de vertiges assez clairement rotatoires qui survenaient de façon tout à fait aléatoire. Ces vertiges-là survenaient au lit ou lorsqu'elle était assise. Le second type était un déséquilibre, un état pseudo-ébrio, qui survenait de façon intermittente. Au cours de ces épisodes, il y avait parfois la sensation d'être violemment poussée, une fraction de seconde, préférentiellement vers la gauche. Aucun facteur ne déclenchait ces phénomènes. Elle rapportait encore que l'image visuelle pouvait s'éloigner ou s'approcher d'elle, comme si elle regardait le monde au travers de jumelles. Les escaliers étaient particulièrement pénibles : elle avait l'impression qu'ils tanguaient, bougeaient. Elle était obligée de regarder droit devant elle. En les descendant, il lui était impossible de regarder vers le bas au risque de déclencher un violent malaise. L'assurée signalait encore des pertes de connaissance inexplicables. Par exemple, récemment, elle était chez sa sœur en train de laver la vaisselle et s'était soudain écroulée. Elle s'était réveillée ici à l'hôpital. La normalité du bilan (audiogramme tonal, VNG, VHIT, enregistrement des potentiels évoqués vestibulaires oculaires et myogéniques) ne permettait pas d'expliquer les troubles. Le Prof. P_____ le complétait encore par un CT-scan détaillé de l'os temporal à la recherche d'une anomalie de structure de l'oreille interne. La deuxième hypothèse aurait été celle d'un possible équivalent migraineux. Enfin, les troubles auraient pu être l'expression des difficultés psychologiques de l'assurée, parfaitement compréhensibles.
16. Par courrier du 18 mai 2017, le Prof. P_____ a demandé au docteur R_____, spécialiste neurologie FMH, son avis concernant le problème de l'assurée. Il avait fait un bilan complet de la fonction vestibulaire et une imagerie de l'oreille par scanner pour chercher une possible troisième fenêtre. Tout était normal. Le Prof. P_____ n'avait ainsi pas d'explication pour les troubles de l'assurée. Certes, il aurait pu y avoir un hydrops endolymphatique. Mais le seul élément était la notion de chutes, des « drop attack ». Avant de faire une IRM dédiée, le Prof. P_____ souhaitait avoir l'avis du Dr R_____.
17. Par courrier du 26 juillet 2017, le Dr R_____ a présenté le statut neurologique de l'assurée au Prof. P_____. La patiente avait un langage fluide, informatif et un bon contact. Toutefois, elle paraissait un peu dépressive. Concernant la marche, le ballant était réduit à droite. Elle pouvait marcher sur les pointes de pied et les talons. Le funambule était possible. Le Romberg était possible et le Romberg

modifié un pied devant l'autre était très discrètement instable. La marche aveugle ne montrait pas de déviation. Le Romberg avec rotation rapide de tête ne déstabilisait pas mais évoquait une douleur nucale. L'accroupissement était possible mais elle ne décollait pas les talons. Au sujet des nerfs crâniens, elle reconnaissait les odeurs. Le nystagmus optocinétique pouvait être élicité dans toutes les directions mais il y avait une sensation de cinétose. L'acuité visuelle au près était de 1.0 ddc. L'oculomotricité, la pupillomotricité et les champs visuels étaient intacts. Il y avait une très discrète asymétrie faciale en défaveur de la gauche avec une dissociation automatico-volontaire. Le Halmagyi était négatif ddc. Le réflexe de la moue était négatif. Il n'y avait pas de réflexe palmo-mentonnier. Le reste des nerfs crâniens étaient sans particularité. Les réflexes ostéotendineux étaient symétriques et normovifs. Les réflexes cutanés plantaires étaient en flexion, les réflexes cutanés abdominaux étaient présents ddc. La force était normale aux quatre extrémités. Les épreuves de bras et jambes tendues étaient bien effectuées. Le tonus était normal. Le signe de Froment était négatif ddc. La coordination était normale. Les épreuves de doigt – nez et talon – genou étaient bien effectués. Le Barani était réussi, il n'y avait pas de dysdiadococinésie. La sensibilité était normale pour la stéréognosie et les qualités superficielles. Il n'y avait pas d'extinction sensitive. La pallesthésie était de 8/8 aux quatre extrémités et le sens des positions était bon. Un test d'hyperventilation avait été effectué en partie sous les lunettes de Frenzel. Il était extrêmement positif. Après quelques secondes, il y avait une mydriase bilatérale, toutefois, sans nystagmus pathologique. Elle avait un flush facial et très rapidement s'installaient des céphalées et une sensation de vertige identique aux sensations d'instabilité et de vertige qu'elle ressentait régulièrement. Il y avait un fourmillement dans les deux mains, toutefois, beaucoup plus marqué à droite. Il y avait une sensation de serrement en casque de la tête. La patiente arrivait à faire une apnée inspiratoire d'une vingtaine de secondes, ce qui réduisait rapidement la sensation de vertige.

18. Le 4 juin 2018, le Dr R_____ adressé un courrier à la Dresse O_____ dans lequel ce dernier a proposé de continuer avec un traitement de Replax ou la combinaison Replax et Brufen dans l'attaque. Pour les sensations de vertige de type ébriété et les phénomènes visuels, que le Dr R_____ associait à une hyperventilation chronique, il proposait une physiothérapie respiratoire avec un entraînement à l'apnée inspiratoire. Il proposait également de continuer avec un traitement de base d'Amitriptyline sous forme de Laroxyl 10 mg le soir. Au vu de problèmes sesalgiques, vertigineux mais aussi rhumatismaux, la patiente n'était pas capable de travailler dans la restauration mais il allait recommander un essai de réadaptation professionnelle par l'AI pour une profession plutôt de bureau.
19. Le 5 juin 2018, le Dr R_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il voyait la patiente à raison de trois fois par année. Les antécédents médicaux de la patiente étaient des douleurs cervicales avec blocage de longue date, une vingtaine d'années, dans le cadre d'une

malformation de la colonne cervicale avec infiltration ; des céphalées hémicrâniennes migraineuses depuis 2003 ; des acouphènes ; des attaques de vertiges ; des chutes ; un développement anxieux. La médication actuelle était du Replax 40 mg et du Brufen 400 mg. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient un syndrome douloureux des cervicales et des migraines hémicrâniennes. Le pronostic sur la capacité de travail de l'assurée était mitigé. Le Dr R_____ ne pensait pas que l'assurée pût travailler dans la restauration qui impliquait souvent d'être debout et surtout aussi de porter régulièrement des charges. Par contre, une réorientation vers un travail assis, éventuellement de bureau, aurait pu être envisagée. Le nombre d'heures de travail par jour que l'on pouvait raisonnablement attendre de l'assurée était de zéro. Dans une activité qui tenait compte de l'atteinte à la santé, l'on pouvait raisonnablement attendre de l'assurée qu'elle travaillât à 50 %.

20. Le 19 novembre 2018, la doctoresse S_____ du SMR a rendu un avis selon lequel elle proposait de réaliser une expertise pluridisciplinaire via la plateforme Med@p avec un volet médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Si l'interniste le jugeait nécessaire, il y avait lieu d'ajouter un volet-neurologique avec bilan neuropsychologique avec tests de validation des symptômes.
21. Le 25 mars 2019, l'OAI a chargé le centre médical d'expertises (ci-après : le CEMEDEX) à Fribourg de réaliser une expertise médicale pluridisciplinaire de l'assurée. L'assurée avait travaillé comme serveuse, ayant un CFC de couture et d'assistante polyvalente. Le statut était mixte 50%.
22. Le 22 mai 2019, le docteur T_____, spécialiste FMH en neurologie, a envoyé un courrier à la Dresse O_____ rendant compte d'une consultation du 19 mai 2019. L'examen neurologique avait montré que la patente était droitière, collaborante, sans troubles des fonctions supérieures à l'examen sommaire. Les nerfs crâniens étaient en ordre. La colonne cervicale était douloureuse. Il n'y avait pas d'amyotrophie des membres supérieurs. Le tonus était normal et symétrique. Le Mingazzini était tenu. La force était conservée mais avec des lâchages. Les réflexes étaient peu vifs mais tous présents, symétriques. Il n'y avait pas de déficit sensitif. L'examen ENMG des membres supérieurs était normal. Il n'y avait en particulier pas d'élément pour un syndrome de tunnel carpien, ce qui écartait ce diagnostic. Il n'y avait pas d'élément pour une autre atteinte nerveuse périphérique déficitaire.
23. Le 2 juillet 2019, le docteur U_____, interniste et spécialiste en endocrinologie et diabétologie FMH, a adressé à la Dresse O_____ un suivi d'obésité daté du 28 juin 2019 dans lequel il a posé le diagnostic de surcharge pondérale (IMC = 29.7 kg/m²). Il avait fait le point avec la patiente après une année de suivi, pour constater que son poids restait parfaitement stable. Comme déjà indiqué l'an dernier, la prise de poids initiale avait été clairement attribuable à l'arrêt de l'activité physique et l'arrêt de ses activités professionnelles. La difficulté rencontrée à initier une perte de poids était également à mettre sur le compte de la sédentarité forcée, liée à ses

douleurs cervicales au moindre effort. Ils avaient convenu ensemble qu'elle devait impérativement reprendre une certaine activité, y compris de type cardio.

24. Le 30 juillet 2019, le CEMEDEX, soit les docteurs V_____, psychiatre, W_____, médecin interne généraliste, X_____, rhumatologue, a rendu son rapport d'expertise.

a. Dans l'évaluation consensuelle, ont été posés les diagnostics suivants : trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, avec un syndrome somatique, F31.31 ; Uncodiscarthrose évoluée C5-C6 et C6-C7, avec nettes protrusions disco ostéophytiques mais sans signe de conflit disco-radulaire.

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'à aujourd'hui était de 50% de 2005 à 2010, puis de 100% de 2010 à février 2017. Elle était de 75% depuis février 2017. La baisse de rendement de 25%, engendrée par une fatigabilité importante, des troubles de concentration en rapport avec des ruminations anxieuses pouvait s'améliorer en cas d'introduction d'un traitement régulateur d'humeur. La capacité de travail dans une activité adaptée était la même que citée précédemment, car le travail de serveuse respecte les limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques. L'incapacité de travail global était de 25%, en raison d'une baisse de rendement liée à une fatigabilité, des troubles de concentration. La capacité de travail globale était donc de 75%. Le respect des limitations fonctionnelles rhumatologiques était présent dans le cadre de l'activité habituelle du sujet. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient donc les seules à devoir être prises en compte. Malgré un travail respectant ces limitations fonctionnelles psychiatriques, la baisse de rendement était toujours présente.

b. L'expertise psychiatrique posait le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne, avec un syndrome somatique F31.31. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 50% de 2005 à 2010, puis de 100% de 2010 à 2017. Elle était de 75% depuis février 2017, en raison d'une baisse de rendement de 25% due à fatigabilité importante, une perte d'élan vital, des difficultés à sortir et une fixation d'événements anciens et traumatiques. Cette incapacité aurait pu s'améliorer en cas d'introduction d'un traitement régulateur d'humeur. La capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée était la même que celle retrouvée dans le chapitre : capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici. Le travail de la restauration correspondait aux limitations fonctionnelles. Celles-ci étaient : un travail qui ne nécessitait pas d'implication cognitive trop importante, pour limiter la fatigabilité intellectuelle. Le travail ne devait pas impliquer des décisions immédiates qui auraient pu déstabiliser l'expertisée. Le sujet devait bénéficier d'un traitement régulateur d'humeur, en priorité le lithium, car le bénéfice était largement supérieur au risque, le sujet présentant des phases dépressives importantes. Elle présentait encore actuellement une fatigabilité, ainsi qu'une perte d'élan vital limitant sa capacité de reprise du travail. Il n'existait pas de modification de la capacité de travail de l'assurée dans son activité antérieure et sa capacité de travail dans une

activité adaptée sous l'effet des modifications mentionnées. Le sujet avait une pathologie fixée, un trouble bipolaire, avec des éléments résiduels importants, peu susceptibles d'évoluer, compte tenu de la gravité de la pathologie, des antécédents d'éléments traumatiques et des traits de personnalité rigide du sujet. Le sujet expliquait être aidé par sa belle-fille concernant la préparation et la cuisson des aliments. Elle pouvait servir seule les repas et nettoyer la cuisine au quotidien. Elle disait ne pas pouvoir faire des provisions. Il n'existait pas de limitation d'un point de vue psychiatrique concernant les aspects de l'alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions). Le sujet expliquait les difficultés à ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer à fond. Elle ne possédait pas de plantes, ni d'animaux. Elle disait pouvoir passer l'aspirateur mais ne pas pouvoir réaliser les autres activités citées. D'un point de vue psychiatrique, il n'existait aucune limitation à la réalisation de ces activités. Le sujet pouvait réaliser des achats et des courses diverses sans limitation d'un point de vue psychiatrique. Le sujet expliquait qu'elle pouvait plier le linge à hauteur, mais qu'elle ne pouvait pas repasser. Elle pouvait raccommoquer mais elle ne pouvait pas nettoyer les chaussures. Il n'existait aucune limitation psychiatrique. Le sujet n'avait aucune limitation concernant les soins aux enfants.

c. Dans l'expertise de médecine interne générale, le Dr W_____ a indiqué qu'actuellement aucun diagnostic n'avait d'effet sur la capacité de travail. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient : une presbytie ; un durillon de l'avant-pied droit ; des cellules précancéreuses du col de l'utérus avec statut post-conisation du col ; des vertiges de Ménière ; un tabagisme actif ; une insuffisance veineuse des membres inférieurs ; status post-chirurgie variqueuse bilatérale en 2012 ; status post-sclérothérapie à cinq reprises en 2008-2009. En ce qui concernait la médecine interne générale, il n'y avait pas de diagnostic différentiel. On pouvait considérer que la prise en charge gynécologique était en cours et l'expertisée était parfaitement bien suivie, et les résultats biologiques médicaux récents n'avaient trouvé aucune anomalie de type diabète ou dysthyroïdie. Les vertiges de Ménière avaient été diagnostiqués en 2017 avec une absence de lésions cérébrales à l'IRM en 2016, et un bilan ORL complet était revenu normal le 23 mars 2017 dans un rapport du Dr P_____. Le Dr W_____ précisait aussi que l'expertisée n'évoquait ce jour lors de l'entretien aucun syndrome migraineux franc, et en tout cas les quelques céphalées évoquées étaient semblait-il bien couvertes par la prise de Replax. Ce jour, Madame A_____ s'exprimait plutôt de manière fluide, se mobilisait relativement facilement et ne semblait pas présenter de difficultés particulières tant au niveau physique qu'au niveau neurologique. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 100%, depuis toujours. La capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré était de 100%, depuis toujours. Il n'y avait aucune mesure médicales ou thérapies qui avaient un impact sur la capacité de travail. Le Dr W_____ était tout de même en attente des résultats du traitement par conisation du

col de l'utérus, avec consultation gynécologique de contrôle imminente. Il précisait aussi que la survenue de vertiges de manière itérative ne pouvait représenter une limitation de la capacité de travail, mais on pouvait estimer qu'il valait mieux éviter des postes qui auraient pu nécessiter une éventuelle mise en déséquilibre, éviter de monter en hauteur par exemple sur une échelle ou sur un escabeau, et éviter tous les métiers à risques de chutes d'une hauteur supérieure à la hauteur du sol. Il fallait limiter aussi la conduite automobile mais l'expertisée ne conduisait pas de toute façon. Il n'y avait pas de modification de la capacité de travail en ce qui concernait la médecine interne générale puisque la capacité de travail restait à 100%. L'expertisée pouvait préparer un repas, en particulier le plat principal, cuire les aliments. Elle pouvait servir les repas mais ne le faisait pas en pratique car sa belle-fille s'en occupait spontanément par souci d'éducation. Elle pouvait nettoyer superficiellement la cuisine et ne faisait pas de provisions lourdes mais pouvait faire quelques provisions légères, accompagnée de sa belle-fille. L'expertisée pouvait ranger, épousseter, ne passait pas l'aspirateur, pouvait nettoyer les installations sanitaires, ne pouvait pas changer les draps de lit, ne pouvait pas nettoyer à fond, pouvait arroser les plants mais devait éviter de se pencher en avant et donc cela limitait la plantation et la cueillette. Elle ne pouvait pas sortir les déchets. Il n'y avait pas d'animal domestique à la maison. Les courses quotidiennes étaient limitées mais les courses d'ordre administratif étaient tout à fait exécutées par l'expertisée et elle pouvait se déplacer pour aller dans des services officiels ou à la poste par exemple. La lessive pouvait être faite par l'expertisée qui pouvait mettre les vêtements dans la machine à laver, pouvait étendre et plier le linge, repasser si nécessaire bien que sa belle-fille s'en occupait. Elle arrivait aussi à raccommoder des vêtements grâce à sa machine à coudre. L'expertisée avait un fils de huit ans dont elle s'occupait parfaitement et auquel elle pouvait donner des soins quotidiens si nécessaire et pouvait lui faire apprendre ses devoirs, en particulier les cours de musique.

c. Dans l'expertise rhumatologique, le Dr X_____ a posé les diagnostics de cervicalgies chroniques sur uncodiscarthrose évoluée C5-C6 et C6-C7 avec nettes protrusions disco ostéophytiques mais sans signe de conflit disco-radiculaire. L'activité de serveuse nécessitait beaucoup de déplacements, le port de plateaux, mais il ne s'agissait pas de charges lourdes. La capacité de travail était entière. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était de 100% dans une activité ne nécessitant pas de manutention lourde ni le maintien prolongé de la tête penchée en avant. Il n'y avait pas de mesure supplémentaire à préconiser par rapport à son traitement actuel. Il n'y avait pas d'évolution sur le plan rhumatologique. Elle pouvait préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions. Elle pouvait faire l'entretien de son logement : ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lits, nettoyer à fond. Elle pouvait faire les courses quotidiennes ; seules les grosses courses avec port de charges lourdes pouvaient nécessiter une aide. Elle pouvait faire la lessive et l'entretien des vêtements, laver,

étendre et plier le linge, raccommo­der et nettoyer les chaussures. Elle pouvait s'occu­per de son fils de huit ans et des autres membres de la famille même si le partage des tâches avec sa belle-fille sem­blait naturel.

25. Le 22 août 2019, la Dresse S_____ du SMR a rendu un rapport dans lequel elle a indiqué que les atteintes principales à la santé étaient un trouble affectif bipolaire et un épisode actuel de dépression moyenne avec syndrome somatique. Les pathologies associées du ressort de l'AI étaient des cervicalgies sur uncodiscarthrose évoluée C5-C6 et C6-C7 avec protrusion disco-ostéophytaire sans signe de conflit radiculaire. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 100% avec diminution de rendement de 25% (pour autant qu'elle respectât les limitations fonctionnelles). La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% avec diminution de rendement de 25%. Les limitations fonctionnelles impliquaient l'absence de travail nécessitant une implication cognitive trop importante ou la nécessité de prendre des décisions immédiates, une fatigabilité, d'éviter les postes en hauteur (échafaudage, échelles, escabeau), d'éviter les métiers à risque de chute d'une hauteur supérieure à la hauteur du sol par précaution en raison des vertiges inexplicé, l'absence d'activité nécessitant la manutention de charges lourdes ou le maintien prolongé de la tête penchée en avant. Le SMR pouvait globalement suivre les conclusions des experts.
26. Le 24 septembre 2019, l'OAI a déterminé que le degré d'invalidité de l'assurée était de 0%.
27. Par projet de décision du 30 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Le statut d'assuré qui était retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et, pour les 50% restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 25% dans toute activité dès le 1^{er} février 2017. Le revenu sans invalidité était de CHF 27'000.- et le revenu avec invalidité était de CHF 41'283.-. La perte de gain s'élevait à 0%. Dans le cas de l'assurée, des mesures d'ordre professionnel n'auraient pas été de nature à réduire le dommage de manière notable dans la mesure où elles n'auraient pas permis d'augmenter sa capacité de gain.
28. Par courrier du 31 octobre 2019, l'assurée, par la voix de son conseil, a fait part de son désaccord avec la conclusion de l'OAI selon laquelle la perte de gain aurait été nulle et des mesures de réadaptations n'auraient pas été adéquates. En premier lieu, l'assurée contestait le statut mixte que l'OAI avait retenu. En effet, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité à taux plein. Dans sa demande de prestations de juillet 2016, elle indiquait, à titre de dernière activité, un stage de 100% auprès de DMI administration en janvier 2016. Il ressortait, par ailleurs, de l'expertise psychiatrique que la carrière de l'assurée était extrêmement importante à ses yeux, vu sa volonté de s'adapter et de s'intégrer. Elle avait ainsi travaillé à 100% en 2008 et 2009 au restaurant F_____ à Meyrin, avant de bénéficier du

chômage. En 2009, des céphalées et des contractures musculaires étaient apparues, tandis que l'assurée était aussi tombée enceinte et que son second mari ne souhaitait pas qu'elle travaillât. Après sa séparation, l'assurée avait cherché à reprendre une activité professionnelle et avait suivi une formation commerciale à l'École-club Migros ; elle avait réalisé un stage à la Mission du Monténégro de quelques mois puis en banque mais avait connu des vertiges et blocages qui l'avaient contrainte à arrêter. Elle avait par la suite cherché un emploi dans la restauration et avait enchaîné des activités de courte durée, ayant toujours abouti à son licenciement à cause de ses problèmes de santé. En dernier lieu, elle avait été employée au restaurant la Z_____ à 100% durant deux mois. Ces éléments étaient à mettre en perspective avec le fait que l'assurée, en tant que mère célibataire, était financièrement dans le besoin de travailler à temps plein et d'obtenir un salaire suffisant. Dès lors, le statut qui devait être retenu pour l'assurée était celui d'une personne active. Compte tenu du statut de personne active, le salaire sans invalidité devait au minimum être porté de CHF 27'500.- à CHF 55'000.-. L'assurée contestait en outre le fait qu'elle aurait été capable de travailler à 100% avec une diminution de rendement de 25% dans toutes les professions, et dès lors le calcul de son salaire avec invalidité. À ce propos, l'expertise du CEMEDEX retenait de manière erronée que l'assurée aurait pu continuer à réaliser son activité de serveuse à 100%, alors même que l'activité professionnelle était limitée par le port de charges lourdes. Il était patent que les professions de la restauration comptaient parmi les métiers les plus physiques pour une femme et impliquaient de porter de nombreuses charges, souvent à bout de bras, ce qui était incompatible avec des cervicalgies. Il était dès lors des plus étonnant que les experts retinssent que l'activité habituelle était adaptée à la symptomatologie et cela jetait le discrédit sur l'ensemble de l'expertise, ce d'autant plus que les experts se bornaient à dire que le respect des limitations fonctionnelles rhumatologiques était présent dans le cadre de l'activité habituelle, sans étayer leur position. Concernant la capacité de travail sous l'angle psychiatrique, l'on peinait à comprendre sur quels éléments étaient basées les évolutions de la capacité de travail, ce d'autant plus que le psychiatre relevait un nouvel épisode dépressif en 2017, après les deux licenciements et après le dépôt de la demande AI, toujours en cours. Ce dernier indiquait en outre être d'accord avec le diagnostic du psychiatre traitant, mais diverger sur l'intensité qui avait évolué depuis 2017. À nouveau, aucune explication n'était donnée quant à l'évaluation de la capacité de travail. S'agissant de l'expertise en médecine interne, elle était surprise du manque d'interrogations de l'expert quant à l'influence du trouble bipolaire se caractérisant par des phases hypomaniaques sur le profil qu'il jugeait agréable et souriant de l'assurée. De tout évidence, retenir une exagération des symptômes sur la base de ce que l'assurée arrivait à sourire en entretien n'était pas crédible et pertinent sous l'angle médical. Sur le plan rhumatologique, il était contradictoire de relever que l'expertisée ne devait pas faire d'efforts de manutention importants mais qu'elle pouvait travailler à plein temps dans le domaine de la restauration. Face à sa symptomatologie, elle s'étonnait de ce que les

experts n'avaient pas jugé utile de s'adjoindre les services d'un spécialiste en neurologie, comme le suggérait le SMR, alors même que l'expert rhumatologue retenait à l'examen clinique une arnodalgie, soit une affection neurologique. Un tel examen neurologique était nécessaire et l'assurée concluait à un complément d'expertise en ce sens. Enfin, c'était à tort que l'OAI avait nié le droit à des mesures de réadaptation. Celles-ci étaient non seulement nécessaires compte tenu du fait que l'activité habituelle ne pouvait plus être exercée, mais également propres à améliorer la capacité de gain de l'assurée dans l'hypothèse où elle aurait conservé une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

29. Le 11 décembre 2019, le docteur Y_____ a envoyé un courrier à la Dresse O_____ pour la tenir au courant de ce qu'il avait effectué chez la patiente dans le cadre de ses cervicalgies avec troubles dégénératifs du rachis cervical associées à des migraines, à des acouphènes et à un syndrome de Ménière. Il avait tenté initialement un traitement à base d'applications de patchs de Neurodol qui ne s'était pas révélé efficace. Par la suite, l'aménagement des traitements médicamenteux à base de Dafalgan et d'anti-inflammatoires stéroïdiens n'avaient pas permis non plus une amélioration spectaculaire de la situation. L'utilisation de TENS aidait, la détendait quelque peu et son utilisation à moyen terme avait été favorisée. La patiente n'ayant pas été enthousiaste pour d'éventuelles infiltrations, il avait pratiqué à trois reprises des perfusions intraveineuses de Lidocaïne avec un effet somme toute décevant. Le problème majeur restait toujours l'adaptation au travail. Il lui semblait justifié d'envisager un travail adapté à 50%, sans port de charge.
30. Dans un avis médical du SMR du 16 décembre 2019, le SMR revenait sur sa prise de position concernant la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle. En effet, si l'on tenait compte des limitations fonctionnelles liées aux cervicalgies sur discarthrose C5-C6 et C6-C7 à savoir, éviter le port de charges. Les activités avec les MS en dessus de l'horizontale, les activités en hauteur et en hyperflexion ou hyperextension du rachis, l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée (manuelle simple) la capacité de travail médico-théorique était de 75% (l'expert psychiatre ayant retenu une baisse de rendement de 25% liée à la fatigabilité).
31. Dans un courrier du 20 novembre 2019, le Dr R_____ a proposé à la Dresse O_____ de revoir la patiente pour un examen complet neurologique dans le cadre de l'objection à l'expertise AI.
32. Par décision du 20 décembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Le statut de l'assurée retenu dans la situation d'espèce était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et, pour les 50% restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée, dès le 1^{er} février 2017. Le revenu que l'assurée aurait pu obtenir de son activité lucrative si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé s'élevait à CHF 27'000.- et celui qu'elle aurait pu réaliser

malgré cette atteinte équivalait à CHF 41'283.- ; la perte de gains s'élevait à CHF 0.-, c'est-à-dire 0%. Des mesures d'ordre professionnel n'auraient pas été de nature à réduire le dommage de manière notable dans la mesure où elles n'auraient pas permis d'augmenter la capacité de gain. Selon les pièces transmises par l'Hospice général et l'assurance chômage, l'assurée recherchait un emploi à 50%. Vu l'extrait du compte individuel, aucun élément objectif ne faisait état d'un travail à 100%, sauf pour l'année 2008.

33. Le 31 janvier 2020 le Dr R_____ a adressé un fax au Dr Q_____. L'expertise de l'AI du 30 juillet 2019 avait uniquement été faite par un interniste, un psychiatre et un rhumatologue. Entre autres, il était mentionné que les vertiges et les céphalées auraient été au second plan ; or, il suivait la patiente depuis le 19 juillet 2017 surtout pour des céphalées et des migraines invalidantes et elle lui avait été référée par le Prof. P_____ avec la question de savoir si ses vertiges auraient pu être un équivalent migraineux. Il paraissait étrange qu'un interniste, un rhumatologue et un psychiatre écrivissent qu'une maladie de Ménière était exclue sur la base d'une IRM cérébrale réalisée en 2015 alors que le chef de service d'ORL en 2017 avait pensé qu'il aurait pu s'agir de Ménière atypique. Il était également étonnant qu'il fût écrit « un traitement par Brufen, Laroxyl à faible dose, Indocid et Replax introduit en 2016 les céphalées s'étaient améliorées » alors qu'aujourd'hui encore, malgré cette amélioration et malgré un traitement de Replax et Brufen, la patiente devait passer trois jours de migraine par semaine dans le noir. De plus, la patiente était suivie pour des cervicalgies importantes à la Clinique de la Douleur de l'Hôpital de la Tour par le Dr Y_____ qui, outre des patchs de Neurodol et l'utilisation de TENS, avait appliqué des perfusions de Lidocaïne. En lisant à travers cette expertise, il apparaissait également que la partie algique n'avait pas été correctement considérée. La patiente continuait à avoir des migraines hémicrâniennes qui, bien qu'améliorées avec un traitement de Replax et Brufen, restaient invalidantes. Les douleurs cervicales avec blocage réduisaient certainement à zéro une activité physique importante, telle que rencontrée dans la restauration. Elle continuait aussi à avoir des céphalées frontales hémicrâniennes dans la région de l'œil droit associées à des vertiges. Pour les accès des symptômes d'hyperventilation, elle continuait à faire des apnées inspiratoires ou elle respirait dans un sac en plastique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50%.
34. Le 3 février 2020, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 20 décembre 2020. Sur sa vie professionnelle, elle a apporté les compléments suivants :
- Entre novembre 2007 et mars 2009, Madame A_____ avait travaillé comme serveuse auprès du restaurant la F_____ à plein temps ;
 - Lors de son inscription au chômage en mars 2009, Madame A_____ s'était présentée comme chercheuse d'emploi à plein temps (100%) ;

-
- En février 2010, dans le cadre de mesures de marché du travail proposées par le chômage, elle avait effectué un stage de serveuse à 100% chez G_____, sur le site de H_____. Elle avait effectué également un stage auprès d'un EMS ;
 - Lors d'une nouvelle inscription au chômage en novembre 2010, Madame A_____ s'était présentée à nouveau comme chercheuse d'emploi à plein temps (100%) ;
 - En janvier 2012, elle s'était représentée au chômage comme chercheuse d'emploi à 50%, vu le jeune âge de son fils ainsi que ses problèmes de santé, étant précisé qu'elle aura fait l'objet d'une décision de refus d'indemnisation ;
 - Après sa séparation à la fin de l'année 2013, désireuse de se réinsérer pleinement sur le marché du travail, elle avait régulièrement suivi les prestations offertes par Femme et Emploi et faisait des postulations. Elle n'avait jamais limité ses recherches à des postes à temps partiel ;
 - Elle avait effectué plusieurs stages et activités de courte durée qui avaient toujours abouti à son licenciement à cause de ses problèmes de santé ;
 - En dernier lieu, Madame A_____ avait été employée au restaurant le Z_____ à 100% durant deux mois, en 2017 ;
 - Son fils étant désormais scolarisé, si elle n'avait pas de problème de santé, Madame A_____ aurait travaillé ou aurait recherché du travail dans une activité à plein temps, pour pouvoir assumer les charges de sa famille ;
 - Selon les statistiques ESS, 2016, Tableau TA1, dans le domaine spécifique de l'hébergement et de la restauration, pour une activité simple et répétitive (niveau 1) le salaire moyen s'élevait, pour une femme, à CHF 3'900.- par mois.

La recourante contestait tout d'abord le statut mixte retenu par l'intimé. L'intimé retenait de manière erronée dans sa décision que « les éléments au dossier ne permettent pas de retenir le statut d'active (...) : en effet, selon les pièces transmises par l'HG et l'assurance chômage (Madame A_____) recherchait un emploi à 50%. Vu l'extrait de compte individuel, aucun élément objectif ne faisait état d'un travail à 100%, sauf pour l'année 2008 ». Au vu des pièces produites à l'appui de son recours, force était de constater que le document de l'ORP du 20 août 2018 sur lequel se fondait l'intimé était lacunaire. Après sa séparation et une fois son fils scolarisé, malgré sa volonté de travailler à 100%, son état de santé ne lui permettait pas toujours, selon les périodes, d'envisager une activité à un taux plus élevé que 50%, ce qui expliquait les taux avancés par l'Hospice général et l'assurance-chômage. Vu la prise en compte d'un statut mixte en lieu et place du statut de personne active, le calcul de la perte de gain était erroné. En particulier, s'agissant du calcul du degré d'invalidité, le revenu sans invalidité ne pouvait pas être réduit de 25 %. La recourante persistait à contester qu'elle aurait été capable de travailler à 100% avec une simple diminution de rendement de 25% dans toutes professions, et par voie de conséquence le calcul de son salaire avec invalidité.

Parmi les autres limitations fonctionnelles retenues par le SMR le 22 août 2019, il était retenu qu'elle n'aurait en réalité pas pu non plus exercer d'activité nécessitant le maintien de la tête penchée en avant, ce qui excluait aussi les activités de bureau. On pouvait ainsi légitimement s'interroger sur le type d'activité exigible. Le psychiatre de la recourante, le Dr Q_____, avait évalué plutôt la capacité de travail de la recourante à 50% dans toutes activités, compte tenu de ses limitations sur le plan psychiatrique. Ceci sans tenir compte de toutes les limitations sur le plan rhumatologique qui venaient se rajouter. De manière générale, les conclusions des experts étaient biaisées par le fait que l'intimé eût présenté la recourante, dans la mission d'expertise médicale pluridisciplinaire du 25 mars 2019, sous le statut de « mixte ». En effet, on ignorait dans ce cas si l'évaluation de la capacité de travail et de la baisse de rendement pour un statut d'actif à seulement 50% était appréhendée de manière identique à celui « d'actif » dans une activité à 100%. Concernant la mission d'expertise du 25 mars 2019, la recourante relevait que la toute première question formulée : « l'incapacité de travail de l'assuré dans son activité antérieure et sa capacité de travail dans une activité adaptée ont-elles évolué sous l'effet des modifications mentionnées ? » était incompréhensible, dès lors, qu'il était impossible de saisir à quelles « modifications mentionnées » il était fait référence.

35. Par réponse du 2 mars 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a expliqué qu'il ressortait du dossier que la recourante exerçait une activité professionnelle à 50% et qu'elle recherchait un emploi à un taux de 50%. La recourante avait de nombreuses ressources mobilisables. En effet, elle faisait un peu de lecture, apprenait les langues, s'occupait de ses papiers administratifs, utilisait l'ordinateur (cf. allait sur Facebook et Viber pour correspondre avec sa famille). Elle avait également des activités sportives : elle faisait de la natation trois à quatre fois par mois à raison de 45 minutes à chaque fois, de la marche à pied au minimum 4 kilomètres par jour. Elle indiquait emmener régulièrement son fils voir des spectacles, des concerts ou au cinéma. L'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et montrait que la recourante disposait de ressources personnelles préservées. Aucun élément médical objectivement vérifiable – de nature clinique ou diagnostique – qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et qui aurait été suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions du SMR n'avait été apporté par le conseil de la recourante. Il ne suffisait pas de soutenir que les conclusions sur la capacité de travail auraient dû être différentes. Compte tenu du faible degré d'invalidité de la recourante, de sa capacité de travail de 75% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, une mesure d'ordre professionnelle ne se justifiait pas. Par ailleurs, il convenait d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on devait convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. À cet égard, la recourante n'établissait pas de

manière convaincante en quoi des activités simples n'auraient pas été exigibles au regard des limitations retenues.

36. Le 16 avril 2020, la recourante a répliqué en persistant intégralement dans ses conclusions. L'OAI avançait à tort qu'elle ne faisait état d'aucune recherche d'emploi à un taux de 100%. L'OAI s'égarait lorsqu'il soutenait qu'aucun élément médical objectif au dossier ne venait corroborer les déclarations de la recourante sur ce point, dès lors que la question de son statut relevait uniquement d'une question de fait et d'établissement de la volonté hypothétique, et non d'éléments médicaux. Elle a joint à sa réplique le courrier du Dr T_____ du 22 mai 2019, le courrier du Dr U_____ du 2 juillet 2019, le courrier du Dr Y_____ du 11 décembre 2019, le courrier du Dr R_____ du 20 novembre 2019 et le rapport du Dr R_____ du 31 janvier 2020. Ces différents courriers venaient appuyer la position exprimée dans son recours, soit que sa capacité de travail avait été surévaluée par les experts, sans reposer sur un examen complet et sur une motivation convaincante.
37. Par duplique du 4 mai 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions et a produit un avis médical SMR daté du même jour. Selon cet avis médical, le rapport de consultation du Dr T_____ du 22 mai 2019 était déjà connu des experts ; le rapport de consultation du Dr U_____ du 28 juin 2019 n'amenait pas d'événement médical particulier, la pratique d'une activité médicale adaptée n'était pas contre-indiquée sur le plan médical ; le rapport de consultation spécialisée du 11 décembre 2019 du Dr Y_____ n'amenait pas de nouvel élément médical dont les experts ou le SMR n'avaient pas connaissance. Concernant les rapports de consultation du Dr R_____ du 20 novembre 2019 et du 31 janvier 2019, le SMR pouvait les commenter ainsi : le diagnostic de la maladie de Ménière avait été retenu par l'expert de la médecine interne, en se référant à la partie effectuée par l'interniste, mais l'évaluait comme non incapacitante, en raison de la fréquence peu élevée de ces vertiges, et du fait que l'assurée décrivait s'y être adaptée. Ce diagnostic n'était ainsi pas incompatible avec une activité sédentaire, et d'ailleurs des LF en raison des vertiges avaient été retenues par le SMR. Lors de l'expertise multidisciplinaire, l'assurée n'avait pas décrit souffrir de migraines à raison de trois fois par semaine, avait décrit ne pas souffrir de céphalées le jour de l'expertise et prendre le Replax en réserve. D'ailleurs en juin 2018, le Prof. R_____, dans son rapport de consultation spécialisée, avait écrit que les migraines de l'assurée, sous Replax, s'étaient améliorées, et qu'elle ne présentait des crises qu'une à deux fois par mois. Ainsi, en juillet 2019, lors de l'expertise, il n'y avait pas eu de raison de retenir une incapacité de travail en raison des migraines. Les cervicalgies avaient été appréciées par l'expert rhumatologue en juillet 2019, qui avait retenu une unco-discarthrose, des LF d'épargne du rachis cervical avaient été retenues et il n'y avait pas lieu de modifier ces appréciations.
38. Le 7 septembre 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Je suis arrivée en Suisse en janvier 2004 et j'ai toute de suite trouvé un travail au restaurant chez D_____ à 70-80 %. En même temps je me suis inscrite à des cours de français. J'ai gardé mon poste pendant plusieurs mois. Ensuite, j'ai travaillé comme nettoyeuse chez MM Nettoyage à raison de deux heures par soir. La journée je suivais des cours de français. Ensuite, j'ai suivi diverses formations, à mon souvenir chez Carrière Global, en vue de m'intégrer et de savoir comment trouver un emploi. En 2007, j'ai travaillé à 100 % au centre commercial de Meyrin, le restaurant la F_____ jusqu'en mars 2009. Ensuite, je me suis mariée en 2009. Enceinte, j'ai suivi un stage chez H_____ à 100 %, placée par le chômage. J'ai accouché le 29 août 2010. Je recherchais un emploi à 100 %, je me suis inscrite dans ce sens au chômage. En 2013, j'ai suivi une formation commerciale à l'école Migros jusqu'en mars 2014. Je voulais en effet changer de métier car celui de serveuse ne me convenait pas. J'avais souvent des blocages au niveau des deux mains. En 2013, je me suis aussi séparée et suis restée seule avec mes deux enfants. En 2014, j'ai suivi un stage à 100 % à la Mission du Monténégro que j'avais trouvé par moi-même. J'ai également suivi des cours d'anglais en vue de trouver un emploi dans le domaine administratif. Je me suis inscrite au chômage à 50 % en 2012 car je n'avais personne pour garder mon enfant. Ce n'est qu'après que j'ai trouvé une place pour trois jours en crèche. J'ai alors recherché un emploi à 100 % mais en raison de mon manque d'expérience, je n'ai pas trouvé dans le domaine administratif. En 2015, je suis retournée dans la restauration et j'ai travaillé comme serveuse à 50 % dans un restaurant à Vernier, la Brasserie de Vernier. Ils m'ont proposé de travailler seulement pour le poste de midi. C'est pour ça que le poste était à 50 % et je l'ai accepté. J'ai été licenciée environ deux mois après. Ensuite, j'ai travaillé à Oezer Kebab durant deux mois à 50 %. Je cherchais un travail à 100 % mais il était très difficile à cette époque de trouver un travail dans la restauration et on proposait souvent du 50 %. Après, j'ai travaillé à I_____ de 18h à 1h du matin. A mon souvenir c'était compté comme un 80 %. J'ai travaillé deux mois, puis j'ai été licenciée. J'ai été accusée à tort de boire de l'alcool. Je suis d'accord pour que la chambre des assurances demande l'apport de mon dossier à l'OCE. J'ai ensuite trouvé un travail de secrétaire chez DMI administratif services SA. Il s'agissait d'un stage que j'avais trouvé par moi-même à 100 %. J'avais demandé à diminuer mon horaire car j'avais des douleurs physiques qui ne me permettaient pas d'assumer mon 100 %. Ils ont accepté ma diminution. J'ai pu finir à 15h au lieu de 17h. Je suis restée un mois. Ils n'avaient pas d'autres postes à me proposer. C'était en 2016. En 2017, je suis revenue dans la restauration. Je voulais me prouver que j'y arrivais. J'ai travaillé au restaurant Z_____ à 100 % durant deux mois. J'ai été licenciée car je n'étais pas assez rapide. Il s'agit du dernier emploi que j'ai exercé. Je n'ai plus cherché d'emploi en raison de mon état de santé. J'ai des vertiges, des blocages de la nuque, les mains et les doigts, ainsi que des migraines. Ces trois symptômes s'enchainent et cela plusieurs fois par mois. Ils durent entre deux et trois jours. Je suis actuellement un nouveau traitement depuis juin 2020. Je verse au dossier un rapport de mon neurologue et de mon psychiatre. Pendant les crises, je dois rester

sans lumière, au calme. Je m'isole et je ne vais même pas chercher mon enfant à l'école. Je me sens totalement incapable de travailler pendant les crises. J'ai toujours voulu travailler et j'ai cherché à me former dans ce sens mais j'en suis incapable. Je suis suivie régulièrement par mon psychiatre, le Dr Q_____, par mon neurologue le Dr R_____ et le Dr Y_____ qui s'occupe de la douleur à l'Hôpital de la Tour, ainsi que la Dresse O_____. J'ai fait des recherches d'emploi en ligne ou par courrier. Si j'étais en bonne santé, c'est sûr que je travaillerais à 100 %, ce d'autant que mon fils est maintenant grand, il est en 6P. L'expertise auprès du CEMEDEX s'est bien passée, mais je pensais toutefois voir un médecin neurologue, ce qui n'a pas été le cas. J'ai vu le psychiatre pendant environ 1h15. J'ai pu lui parler même si c'était un inconnu pour moi. J'ai également vu un généraliste pendant 1h30 et un rhumatologue. J'ai de la peine à parler avec des personnes que je ne connais pas et je n'aime pas montrer mes faiblesses. Mes douleurs sont traitées par mon neurologue et j'estime qu'elles sont mieux appréhendées par un médecin de cette spécialisation. J'ai pris un antidépresseur la dernière fois en 2017, mais en raison des effets secondaires (envie suicidaire), j'ai dû le stopper. Je garde un traitement de psychothérapie. Je vis avec mes deux fils et ma belle-fille, laquelle m'aide dans les tâches ménagères et s'occupe de mon fils. Je ne fais jamais les courses. Je fais un peu à manger comme des salades mais sinon c'est ma belle-fille qui s'occupe de tout dans les tâches ménagères. Ma vie sociale a changé. J'étais très active. J'avais des amis et collègues de travail alors que maintenant je m'isole. Je n'aime pas montrer comment je me sens, je me trouve inutile. Tous mes amis travaillent et moi je me retrouve au parc avec des personnes âgées. Du coup je m'isole. En 2015, je chutais beaucoup avec perte de connaissance. J'ai fait de la physiothérapie pour apprendre à limiter les mouvements qui entraînent les chutes. J'aimerais travailler mais j'ai vraiment des problèmes de santé qui m'en empêchent et j'aimerais qu'on me comprenne ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « Nous avons déjà produit plusieurs recherches d'emploi. En principe nous avons déjà produit tout ce qui était en notre possession. Nous estimons qu'un complément d'expertise neurologique se justifie. Il n'est pas clair non plus si les experts ont pris leurs conclusions sur la base d'un taux d'activité de la recourante de 50 %. En d'autres termes, est-ce que le pourcentage de capacité de travail retenu l'a été en rapport à un taux maximum de 50 %. Nous maintenant l'audition du psychiatre traitant, lequel pourrait se prononcer sur la période durant laquelle l'exigibilité de la capacité de travail a varié selon l'évaluation des experts du CEMEDEX ».

La représentante de l'OAII a déclaré : « Selon les directives médicales en matière d'expertise, il est précisé que les médecins doivent se baser sur un taux d'activité de 100 %. Selon la pièce 55 qui détermine le degré d'invalidité, le revenu sans invalidité a été calculé selon l'ESS ».

La recourante a produit :

- un rapport du 17 juin 2020 du Professeur R_____ selon lequel l'assurée avait scrupuleusement tenu un journal de migraines pour les mois de janvier à mai qui montrait une fréquence entre 14 et 16 attaques par mois. L'assurée qualifiait donc bien pour un traitement par CGRP. L'assurée avait bien passé la période du Covid-19 et elle n'avait plus été au Centre de la douleur de l'Hôpital de La Tour chez le docteur Y_____. Il proposait un traitement alternatif avec du Topamax ;
- un rapport du 1^{er} septembre 2020 du docteur Q_____ , spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel actuellement, cette patiente se plaignait de ruminations dépressives en lien avec son état d'inactivité. Elle se plaignait beaucoup de migraines invalidantes et de douleurs cervicales qui la « bloque » et ne lui permettaient plus de vaquer à ses occupations quotidiennes. L'assurée avait de la peine à faire confiance aux autres et à s'exprimer. Actuellement, elle avait une humeur triste et un profond sentiment que personne ne comprenait vraiment sa détresse. Cette situation d'inactivité forcée en raison de ses douleurs était particulièrement pénible pour elle. Il y avait souvent des périodes de récurrences de ses douleurs cervicales et de ses migraines qui étaient très invalidantes. Elle devait pendant ces périodes rester plusieurs jours dans son lit mais arrivait très difficilement à dormir. Parfois, elle décrivait avoir des vertiges quand elle marchait. Souvent, en lien avec certains des vécus traumatiques de son enfance, elle avait des anticipations anxieuses de catastrophes. Elle n'avait pas de désorientation spatio-temporelle. Elle n'avait plus d'idéation suicidaire mais essentiellement une perte d'élan vital. Elle était dans une situation très fragile, incapable d'investir une activité professionnelle. Le diagnostic était : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Les essais médicamenteux avaient été mal tolérés.

39. Le 9 septembre 2020, l'assurée a précisé qu'elle requérait l'audition de ses médecins et pas uniquement celle de son psychiatre.
40. A la demande de la chambre de céans, l'OCE a communiqué le 27 octobre 2020 le dossier de l'assurée.
41. Le 28 octobre 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteurs AA_____, médecin interne au service de neurologie des HUG, et AB_____, FMH neurologie, médecin chef de clinique au service de neurologie des HUG, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts et sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
42. Le 5 novembre 2020, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts et pas de question complémentaire à poser, en se référant à un avis du SMR du même jour.

43. Le 16 novembre 2020, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts et a proposé l'ajout de trois questions.

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 1^{er} 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.

2. 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.
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, singulièrement sur le statut de la recourante et sa capacité de travail.
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. 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).

7. 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.
8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V

15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
11. 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).
12. 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).

13. 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).

14. 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).

15. En l'occurrence, l'intimé s'est basé sur le rapport d'expertise tridisciplinaire du CEMEDEX du 30 juillet 2019 et l'avis du SMR du 16 décembre 2019 pour retenir une capacité de travail de la recourante nulle dans son ancienne activité et de 75 % dans une activité adaptée (manuelle simple).

Les 31 janvier et 17 juin 2020, le Dr R_____, spécialiste en neurologie, a estimé que, contrairement à l'avis des experts, les vertiges et céphalées étaient au premier plan. La recourante devait passer trois jours par semaine dans le noir et un nouveau traitement avait été introduit en juin 2020. La recourante a précisé lors de l'audience de comparution personnelle du 7 septembre 2020 qu'elle présentait plusieurs fois par mois des symptômes qui s'enchaînaient, des vertiges, blocages et migraines l'obligeant à rester sans lumière et au calme.

En conséquence, il apparaît nécessaire d'investiguer l'aspect neurologique de la symptomatologie de la recourante, absent de l'expertise du CEMEDEX, par le biais d'une expertise judiciaire neurologique, laquelle sera confiée au docteur AA_____, médecin interne au service de neurologie des HUG, sous la supervision du docteur AB_____, FMH neurologie, médecin chef de clinique au service de neurologie des HUG, à Genève.

Enfin, les questions proposées par la recourante seront ajoutées à la mission d'expertise et la question 6.4 sera complétée.

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

Statuant

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie au docteur AA_____ médecin interne au service de neurologie des HUG, sous la supervision du docteur AB_____, FMH neurologie, médecin chef de clinique au service de neurologie des HUG. 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 les Drs R_____, Y_____ et O_____.
 - C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments 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
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.2 Dates d'apparition
 5. **Limitations fonctionnelles**
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.2 Date d'apparition
 - 5.2. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 6. **Capacité de travail**
 - 6.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité lucrative ?
 - 6.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

- 6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 6.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 6.2.3 En cas de capacité de travail totale ou partielle, la personne expertisée présente-t-elle une baisse de rendement additionnelle en raison de ses diverses limitations fonctionnelles, y compris dans une activité adaptée ?
- 6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 6.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 1^{er} février 2016 ?
- 6.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. **Traitement**

- 7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 7.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 7.3 Les médicaments pris régulièrement par la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Si oui, lesquels ?
- 7.4 Ces effets ont-ils un impact sur les capacités fonctionnelles de la personne expertisée ? Si oui, dans quelle mesure ?

8. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

- 8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis des experts du CEMEDEx du 30 juillet 2019 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 75 % depuis février 2017 dans toute activité ? Si non, pourquoi ?
- 8.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 16 décembre 2019 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 75 % dans activité adaptée dès février 2017 ? Si non, pourquoi ?
- 8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr R_____ du 31 janvier 2020 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

9. **Quel est le pronostic ?**

10. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

II. Réserve 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 par le greffe le