

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1108/2015

ATAS/771/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 27 septembre 2016

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection Recourante
de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE Intimé
GENEVE, Service juridique, sis rue des Gares 12, GENEVE

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1968, est divorcée et mère d'un enfant né en 1992. Au bénéfice d'un brevet fédéral d'agent de détention, elle était engagé dans le milieu carcéral de 1997 à 2010.
2. Par décision du 9 décembre 2010, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) lui a octroyé une rente limitée dans le temps pour août et septembre 2009 en raison d'un trouble dépressif sévère.
3. Après une période de chômage, un emploi de solidarité (EDS) lui a été attribué dès le 1^{er} octobre 2012 en tant que maître d'atelier aux Établissements publics pour l'intégration (EPI).
4. Depuis le 9 octobre 2012, un arrêt de travail total est attesté suite à la découverte d'un carcinome canalaire invasif du sein droit pour lequel l'assurée a été opérée et a subi une radiothérapie, ainsi qu'une hormonothérapie.
5. Le 17 juillet 2013, les EPI ont annoncé l'incapacité de travail de l'assurée à l'OAI dans le cadre de la détection précoce.
6. Selon le rapport du 9 août 2013 des docteurs B_____ et C_____ du service de cardiologie des HUG, l'assurée souffre d'une fibrillation auriculaire paroxystique et de nombreuses salves de tachycardies atriales symptomatiques sous forme de palpitations et occasionnellement d'une dyspnée. La radiothérapie sur le sein droit pourrait être retenue comme un facteur favorisant l'arythmie. Un traitement médicamenteux est prescrit pour ces affections.
7. Suite à l'arrêt de travail, le contrat de solidarité a été résilié pour le 31 mai 2014.
8. Dans le rapport d'évaluation du 14 août 2013 de l'OAI dans le cadre de la détection précoce, il est mentionné que la radiothérapie a provoqué des complications au niveau des brûlures, que le sein était très douloureux et la mobilité du bras réduite (lever le bras, mettre le bras derrière le dos, port de charges, mains totalement enflées). L'assurée présentait également un œdème au sein et au bras, ainsi qu'une tendinite aigüe et chronique de la coiffe des rotateurs. A cela s'ajoutait des problèmes de cœur avec des palpitations. Dans son activité de monitrice et d'éducatrice, elle devait suivre des jeunes en difficulté et évaluer leur situation au niveau social et technique. L'assurée était limitée pour le port de charges et l'utilisation de la main droite. Depuis le 26 août 2013, elle avait repris le travail à 30 %. L'assurée espérait pouvoir Continuer son travail.
9. Par demande reçue le 23 août 2013, l'assurée a formé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité.

10. Dans son rapport, reçu à l'OAI le 11 septembre 2013, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne FMH, a attesté suivre la patiente depuis 1999 et qu'il ne relevait pas d'affection qui aurait une répercussion sur la capacité de travail dans sa profession. Elle a été suivie en oncologie aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour un carcinome canalaire invasif du sein droit. En août 2013, elle a également présenté des épisodes de fibrillation auriculaire paroxystique pour lesquels elle avait été évaluée en cardiologie des HUG. Les divers traitements avaient certainement engendré des arrêts de travail, mais ne justifiaient pas une demande de réadaptation professionnelle par rapport à sa profession actuelle.
11. Selon la note téléphonique de l'OAI du 8 novembre 2013 relative à un entretien avec le Dr C_____, celui-ci n'a pas l'intention de répondre au questionnaire de l'OAI, dès lors que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante d'un point de vue cardiaque.
12. Selon le rapport d'évaluation du 14 novembre 2013 de l'OAI, l'assurée a repris le travail aux EPI le 11 octobre 2013 à 30 %, puis a dû redescendre, sur indication du médecin, à 20 % dès le 25 novembre 2013. Elle espère reprendre son travail à 30 % prochainement. Son souhait est de pouvoir être engagée comme maîtresse d'atelier aux EPI ou être animatrice en EMS. En conclusion, il est constaté que l'état de l'assurée n'est pas stabilisé. Lorsque son état se sera amélioré, il est suggéré de la faire bénéficier d'un coach.
13. Le 11 mars 2014, l'OAI a clôturé le dossier relatif à l'intégration professionnelle en vue de la détection précoce, en constatant que l'assurée n'avait pas été en mesure de bénéficier de mesures d'intégration professionnelle du fait de son état de santé.
14. Par courrier du 20 mai 2014, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle suivait un nouveau traitement qui lui provoquait beaucoup d'effets secondaires (problèmes de locomotion, douleurs osseuses au niveau des hanches, céphalées, saignements). Elle ne pouvait toujours pas se servir de son bras droit normalement et sa main triplait de volume si elle l'utilisait trop, du fait du fonctionnement au ralenti du système lymphatique depuis la radiothérapie. Elle était également sous morphine pour supporter les douleurs. Son incapacité de travail était actuellement totale.
15. Dans son rapport du 21 mai 2014, le docteur E_____ a déclaré que l'état de santé de l'assurée, qui suivait une hormonothérapie, était resté stationnaire. Elle présentait des douleurs et des difficultés à mobiliser le bras droit en lien avec le traitement oncologique. Les indications de ce médecin sur la capacité de travail n'étaient pas claires, mais semblent attester une capacité de travail totale.
16. Par courrier du 10 juillet 2014, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle supportait toujours aussi mal le récent traitement introduit qui provoquait des céphalées et des douleurs osseuses et articulaires dans tout le corps, des bouffées de chaleur, des

éruptions cutanées et une hypersensibilité de la peau. La mobilité du bras droit était réduite depuis la radiothérapie. A cela s'ajoutait des crises d'angoisse et de dépression. Au niveau professionnel, elle souhaiterait pouvoir retravailler aux EPI, travail qu'elle avait beaucoup apprécié.

17. Par courrier du 8 novembre 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle ne supportait toujours pas le traitement médicamenteux prescrit et qu'elle était toujours en arrêt de maladie et à la charge de l'Hospice général. Son traitement l'invalidait énormément, elle était épuisée et son endurance était misérable. Elle n'arrivait toujours pas à s'habiller seule.
18. Dans son rapport du 4 décembre 2014, le docteur F_____ du service d'oncologie des HUG a attesté que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'elle poursuivait l'hormonothérapie. Elle présentait des limitations dans le membre supérieur droit. La capacité de travail était totale dans son activité habituelle.
19. Dans son rapport médical du 29 janvier 2015, le docteur G_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que l'incapacité de travail était totale d'octobre 2012 à septembre 2013 et que, depuis cette date, l'assurée avait récupéré une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, sans port de charges du membre supérieur droit. La dernière activité était adaptée aux limitations fonctionnelles.
20. Le 30 janvier 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles, au motif que sa capacité de travail dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles, était totale depuis le 1^{er} octobre 2013 et que sa dernière activité était adaptée à ses limitations fonctionnelles.
21. Par décision du 6 mars 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.
22. Par acte posté le 2 avril 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation concernant le refus de mesures d'ordre professionnel. Elle avait demandé de pouvoir travailler aux EPI dans le cadre d'un emploi protégé et de bénéficier de la formation nécessaire pour cet emploi. Les EPI étaient prêts à l'accueillir dans le cadre d'un emploi protégé, mais pour cela il lui fallait l'accord de l'intimé. Elle contestait la décision querellée, au motif qu'elle ne prenait absolument pas en compte les effets secondaires de son traitement, la diminution physique et psychologique que lui infligeait l'hormonothérapie qu'elle devait suivre pendant cinq ans. L'assurance-chômage lui avait refusé les prestations au vu de son incapacité de travail. A l'heure actuelle, elle était suivie par le Centre de la douleur des HUG. Elle avait également rendez-vous avec une psychiatre.
23. A l'appui de son recours, la recourante a annexé un rapport du 13 mars 2015 des doctoresses H_____ et I_____ du Centre multidisciplinaire d'étude et de

traitement de la douleur qui ont posé les diagnostics de douleurs polyarticulaires et neuropathiques du thorax, de l'épaule droite et du membre inférieur gauche, ainsi que de migraines et d'un carcinome canalaire invasif du sein droit. Les douleurs polyarticulaires extrêmement invalidantes étaient présentes depuis janvier 2014. A cette date s'étaient également aggravées les céphalées et omalgies. L'essai d'un autre traitement médicamenteux avait été stoppé en raison d'une aggravation des douleurs. Actuellement, l'assurée décrivait des céphalées, omalgies, douleurs de la hanche droite associées à des lombalgies et des douleurs des chevilles. Malgré les douleurs, elle s'occupait de son ménage, des repas et des courses sans port de charges, son fils assumant des courses importantes. Elle prenait également soin de sa mère qui était au stade terminal d'une maladie cancéreuse. A cause des douleurs aux mains, elle avait dû renoncer aux activités qu'elle aimait, tel que le bricolage, le dessin, la peinture et la broderie. Récemment, son médecin traitant lui avait prescrit un traitement antidépresseur qui l'avait aidée au début, mais dont l'effet s'estompait. La recourante se décrivait irritable, découragée, triste et épuisée. A cela s'ajoutait des troubles de la mémoire. Les douleurs étaient musculo-squelettiques nociceptives avec une composante neurogène possible liée aux médicaments. Il y avait aussi une possible atteinte de la coiffe des rotateurs. Un épisode anxio-dépressif contribuait à diminuer le seuil de la tolérance à la douleur. Les médecins ont proposé de réintroduire un traitement d'opioïde et des séances de physiothérapie de drainage du membre supérieur droit et de la coiffe des rotateurs. Un suivi psychiatrique était également conseillé. A l'heure actuelle il semblait impossible à la recourante de trouver un emploi à 100%.

24. Selon l'avis médical du 28 avril 2015 de la doctoresse J_____ du SMR, les médecins du service d'oncologie des HUG ont retenu une capacité de travail de 70 % en novembre 2013, ensuite nulle entre mai et décembre 2014, puis pleine. Concernant le rapport du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, le médecin du SMR a relevé que la recourante avait été examinée audit centre les 3 et 11 mars 2015 et que, selon les médecins, elle présentait des douleurs polyarticulaires évoluant depuis janvier 2014, lesquelles étaient possiblement liées aux traitements administrés. Cela paraissait contradictoire dans la mesure où le Dr K_____ avait admis une capacité de travail de 70 % en novembre 2013, le Dr D_____ de 100 % en septembre 2013 et le Dr F_____ également de 100% en décembre 2014, au dépit du fait que les douleurs seraient invalidantes selon le centre précité. Par ailleurs, les Dresses H_____ et I_____ ne s'étaient pas prononcées sur le taux de capacité de travail résiduelle. Quant à la composante psychique, il s'agissait d'un élément postérieur à l'évaluation du cas. Encore fallait-il que le diagnostic psychiatrique retenu eût un impact sur la capacité de travail.

25. Dans sa réponse du 29 avril 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, tout en constatant que la recourante ne contestait pas le refus de rente d'invalidité, mais le refus de mesures d'ordre professionnel. L'intimé a rappelé que l'intervention précoce visait à maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail ou à leur permettre de se réinsérer dans la vie active ou de se réadapter à leurs travaux habituels, mais qu'il n'y avait pas un droit à ces mesures. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, celles-ci devaient être nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité à accomplir les travaux habituels, outre les autres conditions d'octroi. Dans le cadre de l'instruction de la demande d'intervention précoce, l'intimé était parvenu à la conclusion qu'une mesure d'intervention précoce n'était pas justifiée en raison de l'état de santé de l'assurée. Par ailleurs, les rapports médicaux étaient concordants pour admettre une capacité de travail entière dans toute activité depuis le 1^{er} octobre 2013. Ainsi, les conditions d'octroi de mesures d'ordre professionnel n'étaient pas réunies. Quant au rapport médical du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, produit avec le recours, il n'était pas susceptible de modifier les précédentes conclusions, selon le SMR.
26. Entendue le 20 mai 2015 par la chambre de céans, la recourante a déclaré ce qui suit :
- « Je ne pourrais aujourd'hui plus travailler en tant que maître d'atelier car cette activité implique de montrer aux stagiaires leur travail à effectuer et un minimum de dextérité. Or, je suis très handicapée de mon bras droit.
- Mon cancer est guéri ou du moins tout à fait satisfaisant. Toutefois, je dois poursuivre le traitement hormonal jusqu'en 2016 et je souffre énormément des effets secondaires de ce traitement. Pour cette raison, je ne suis actuellement pas en mesure de travailler. Néanmoins, je veux absolument retravailler, quand j'irai mieux, et je culpabilise d'être une charge pour la société.
- J'ai par ailleurs changé d'oncologue et je suis suivie maintenant par le Docteur L_____ en privé. Il souhaiterait être entendu par votre chambre.
- Au vu de ce qui précède, je conclus à l'octroi d'une rente d'invalidité, tant que je n'ai pas retrouvé la santé.
- Sur question de l'intimé, je précise que le traitement a été modifié suite au rapport du centre de la douleur. Les médicaments antidouleurs ont été modifiés et je commencerai la physiothérapie la semaine prochaine ».
27. Le 5 juin 2015, le docteur L_____ a répondu à la demande de renseignements de la chambre de céans, en précisant avoir pris contact au préalable oralement ou par écrit avec les médecins traitants de la recourante, notamment le Professeur B_____ du service de cardiologie des HUG, les médecins de radiologie du Centre

de diagnostic de radiologie de Carouge (CDRC), les Drs D_____, M_____ et N_____. Après la tumorectomie, le traitement complémentaire avait consisté en une radiothérapie qui avait pris fin en mars 2013, puis en un traitement antihormonal, normalement pour une période de cinq ans dès le 26 mai 2013. Ce traitement avait été stoppé en octobre 2013, après plusieurs complications, notamment cardiologiques. C'est la raison pour laquelle la recourante avait été placée sous un autre traitement antihormonal, ciblant la composante hormonosensible de cette tumeur et l'indication à un traitement adjuvant, dans le but de réduire le risque de rechute tumorale. Ce traitement avait consisté dans une combinaison des médicaments Zoladex et Letrozole. Par la suite, le Letrozole avait été remplacé par l'Aromasin dans un contexte d'effets secondaires essentiellement douloureux aux niveaux articulaire et musculaire et générant une impotence de la recourante. Le pronostic à long terme était bon, sous réserve d'un risque carcinologique familial important. Dans le contexte des différents traitements, la recourante avait fait l'objet d'investigations cardiologiques laissant suspecter, après une mise en évidence de troubles de rythme importants, une toxicité potentielle de Tamoxifen, élément rare, qui fera prochainement l'objet d'une réévaluation par le Prof. B_____. Les différents contrôles de dosage réalisés faisaient soupçonner que le métabolisme de la recourante, c'est-à-dire l'élimination du Tamoxifen, était probablement lent, ce qui pouvait mener à des surdosages. Cela était confirmé le dosage de la CYP 19a1 et la CYP 2d6 dans le sens d'une activation du métabolisme du Tamoxifen. Ces contrôles laissaient suspecter également des problèmes de métabolisation d'autres hormones, ce qui pouvait participer à la sévérité des douleurs développées par la recourante au niveau articulaire et musculaire.

Les plaintes de la recourante étaient de trois ordres, à savoir l'apparition d'un lymphœdème du membre supérieur droit après une phase transitoire de douleurs articulaires de type épaule gelée et de spasmes paravertébraux. Il s'agissait donc d'une intrication de phénomènes spastiques au niveau cervical, sous-mammaire, mammaire et du membre supérieur droit. A cela s'ajoutaient des douleurs musculaires et articulaires notamment de type coxalgie, responsables d'une boiterie, lesquelles avaient été traitées par Buprénorphine. La recourante présentait également des importantes bouffées de chaleur et un sommeil perturbé avec des sudations nocturnes, découlant du traitement antihormonal, ainsi que des céphalées, notamment au niveau du nerf d'Arnold, des douleurs musculaires et articulaires, ainsi que des lombalgies perturbant le rodage matinal et aggravant les douleurs avec un périmètre de marche d'environ 500 m. Le traitement antihormonal avait aussi une répercussion sur la mémoire et la concentration. Outre un problème de tabagisme important, la recourante présentait aussi une forte diminution de la force de la main droite, dans un terrain d'un ancien traumatisme dont elle s'était bien remise, diminution qui découlait essentiellement des séquelles de la radiothérapie.

Se trouvaient ainsi intriqué des problèmes douloureux avec plusieurs étiologies affectant muscles, nerfs, articulations et migraines, d'une part, et des séquelles d'un traitement chirurgical et de la radiothérapie, d'autre part, lesquels provoquaient des limitations fonctionnelles et un œdème au membre supérieur droit, dans le contexte également d'effets secondaires induits par les traitements de Tamoxifen et Zoladex. La recourante devait actuellement poursuivre un programme de drainage lymphatique du membre supérieur droit, la physiothérapie de son épaule droite et porter une manchette de contention diminuant l'œdème au bras droit. En parallèle, elle devait poursuivre un traitement psychiatrique. Actuellement, elle était sous l'antidépresseur Fluctine qu'elle tolérait bien.

Le scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien effectué le 5 mai 2015 montrait un cœur légèrement augmenté de taille, laissant suspecter un élément de toxicité potentielle découlant des traitements antérieurs. L'examen mettait également en évidence des phénomènes emphysémateux et de l'arthrose notamment aux niveaux cervical et dorsal. A cela s'ajoutait des problèmes d'intestin allongé et des problèmes d'arthrose au niveau lombaire et au niveau des deux hanches. L'examen neurologique du Dr N_____, complété par une électromyographie, confirmait une limitation des mouvements d'élévation et de rotation de l'épaule droite, un syndrome algique à la palpation à ce niveau, mais aucune atteinte neurogène. Il s'agissait donc essentiellement de problèmes d'articulations enflammées, décomposés par les œdèmes du membre supérieur droit.

Bien qu'en état de rémission de son cancer, la recourante souffrait de douleurs et présentait une baisse de l'état général, ainsi qu'une dysfonction de la hanche et du membre supérieur droit découlant des traitements. Actuellement, la recourante poursuivait le traitement d'Aromasin et recevait une injection mensuelle d'agonistes de l'hormone LH (Lucrin) générant une aménorrhée. Le traitement d'agonistes de l'hormone LH était responsable d'une amplification des douleurs et d'un déclenchement au niveau musculaire et articulaire. La prise d'Aromasin renforçait les douleurs d'environ 20 % et participait à une certaine rétention hydrosodée, qui se répercutait sur le lymphœdème du membre supérieur droit. Les douleurs articulaires et le lymphœdème étaient partiellement liés à la radiothérapie et devaient être améliorés par la physiothérapie à long terme. Les douleurs articulaires, notamment la boiterie, découlaient des médicaments Lucrin et d'Aromasin. Il n'était pas possible d'utiliser le Tamoxifen, en lieu et place de l'Aromasin, compte tenu de sa toxicité cardiaque. Cet élément était actuellement en réévaluation. La capacité de travail s'améliorera très probablement après la fin du traitement antihormonal, mais il fallait s'attendre à un léger déficit de la main droite sur le plan de la force et peut-être de la sensibilité.

28. Le 2 juillet 2015, le Dr L_____ a complété son rapport en précisant que la capacité de travail actuelle de la recourante était nulle, en raison du syndrome algique étagé et des effets secondaires des traitements antidouleur. Le traitement adjuvant a provoqué des troubles cardiovasculaires de type rythmologique, des douleurs articulaires et musculaires, générant une impotence fonctionnelle des membres supérieurs et inférieurs, dans le contexte d'un traitement antihormonal avec une épaule gelée. S'y ajoutait un probable état dépressif réactionnel compensé par un hypertabagisme. Jusqu'en 2018, la recourante subira les effets secondaires des traitements, puis une période d'accalmie précédera une nette amélioration, lui permettant de reprendre le travail progressivement. Il fallait néanmoins tenir compte de certaines complications pouvant intervenir ces prochaines années, tant sur le plan cardiaque qu'en ce qui concerne les séquelles des traitements au membre supérieur droit, ce qui sera contrôlé dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire aux HUG.
29. Dans son avis médical du 24 juillet 2015, la Dresse J_____ du SMR a fait observer que le Dr L_____ avait indiqué avoir pris en charge le suivi de la recourante qu'après le 23 avril 2015, soit postérieurement à la décision de l'intimé. Par ailleurs, selon le rapport de novembre 2013 du Dr K_____, sa capacité de travail était de 70 %, selon celui de septembre 2013 du Dr D_____, elle était entière et, selon le rapport de décembre 2014 du Dr F_____ également, sous réserve d'une limitation fonctionnelle du membre supérieur droit. Quant au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, il a indiqué en mars 2015 que la capacité de travail n'était actuellement pas de 100 %. Il était étonnant que la capacité de travail fût nulle dans toute activité sur une durée de cinq ans, uniquement sur la base des douleurs, alors qu'un traitement de Transtec avait été administré et s'avérait très efficace, selon le Dr L_____. Cela étant, le SMR maintenait ses précédentes conclusions.
30. Le 26 juillet 2015, la recourante a produit les certificats médicaux suivants :
- certificats des 27 mai 13, 27 juin 13 et 25 juillet 13 de l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG attestant une incapacité de travail du 1^{er} juin au 25 août 2013, puis une capacité de travail de 50 % jusqu'au 26 septembre 2013 ;
 - certificat du 23 août 2013 de la doctoresse C_____ du service de cardiologie des HUG, attestant une incapacité de travail totale dès le 23 août 2013 et à 50 % dès le 2 septembre 2013 ;
 - certificat du 29 août 2013 de la Dresse C_____ attestant une incapacité totale de travailler dès le 2 septembre 2013 et à 50 % dès le 13 septembre 2013 ;

- certificat du 12 septembre 2013 de la Dresse C_____ attestant une incapacité de travail totale dès le 12 septembre 2013 et à 50 % dès le 12 octobre 2013 ;
 - attestations des 11 et 23 octobre de l'unité d'oncogynécologie médicale attestant une incapacité de travail totale pour les mois d'octobre et novembre 2013 ;
 - attestation du 5 novembre 2013 de cette unité attestant une incapacité de travail de 70 % du 11 au 30 novembre 2013 ;
 - attestation du 25 novembre 2013 du centre du sein de la maternité des HUG attestant une capacité de travail de 20 % du 25 novembre 2013 au 8 janvier 2014 ;
 - attestation du 5 décembre 2013 dudit centre attestant une incapacité de travail totale à compter du 5 décembre 2013 ;
 - certificat médical du 2 décembre 2014 de l'unité d'oncogynécologie médicale attestant une incapacité de travail totale du 1^{er} au 31 décembre 2014 ;
 - certificat du 8 janvier 2015, non signé, du centre du sein attestant une incapacité de travail pour janvier 2015 ;
 - certificats des 10 février et 29 avril 2015 du Dr F_____ du centre du sein des HUG attestant une incapacité de travail pour février, mars et avril 2015 ;
31. Par écriture du 24 août 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, sur la base de l'avis du SMR précité.
32. Invité à se prononcer sur les certificats médicaux produits par la recourante, l'intimé a considéré, dans son écriture du 14 septembre 2015, qu'ils ne permettaient pas de modifier son appréciation du cas, n'étant aucunement documentés. Cela étant, l'intimé a maintenu ses conclusions.
33. Le 22 octobre 2015, la recourante a complété son recours, par l'intermédiaire de son conseil. Concernant l'avis médical du Dr D_____ du 14 décembre 2012, elle a relevé que ce médecin avait également mentionné que le traitement de Tamoxifen comportait des effets secondaires. Par ailleurs, il convenait de suivre le rapport médical du Dr L_____, qui était très complet. Partant, elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité complète à compter du 1^{er} octobre 2013 et, subsidiairement, à des mesures d'instruction complémentaire.
34. Par ordonnance du 14 décembre 2015, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise médicale et la confiée à la doctoresse O_____, oncologue FMH.
35. Dans son expertise du 19 avril 2016, l'experte a posé le diagnostic de cancer du sein de stade I en rémission complète, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs droits et de syndrome douloureux du grand trochanter droit, avec une insuffisance

du moyen fessier, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et de trouble mixte de la personnalité. La recourante était limitée par de petits problèmes articulaires, mais surtout par sa situation psychique. Outre un état dépressif chronique, il y avait des problèmes structurels plus profonds liés à l'identification à sa mère. En même temps, le discours de la recourante était paradoxal, dès lors qu'elle s'excusait du travail qu'elle engendrait, affirmant vouloir reprendre une activité professionnelle, alors que tout son dossier tendait à démontrer l'inverse. Dans ces conditions, elle avait certainement donné l'impression d'être tout à fait capable de travailler, alors qu'elle n'était pas en mesure psychiquement d'assumer une charge professionnelle. Sur le plan physique, l'experte judiciaire tenterait une réinsertion professionnelle dans une activité adaptée sans port de charges et avec une reprise progressive. Un travail en tant que maître d'atelier ne paraissait pas adapté, la dextérité n'étant pas suffisante, du moins selon la perception de la recourante. L'experte ne partageait pas totalement l'avis du Dr L._____ exprimé dans son rapport du 5 juin 2015, dans le sens où elle estimait qu'il fallait être prudent sur le métabolisme hormonal du Tamoxifen, dès lors que les données de la littérature étaient extrêmement contradictoires selon l'équipement enzymatique des patients. Des données étendues ne permettaient pas de tirer des conclusions claires à l'heure actuelle, selon la prédominance des enzymes d'une patiente par rapport à une autre. Par ailleurs, les douleurs articulaires engendrées par les anti-aromatases, classe de traitement antihormonal que prenait actuellement la recourante, étaient essentiellement dues à un manque d'oestrogènes, qui privait certains tissus comme les muscles et les articulations d'une stimulation bénéfique. Ces phénomènes articulaires engendraient une raideur matinale, mais cédaient dès qu'on se mettait en mouvement. En l'occurrence, les douleurs de la recourante étaient plutôt musculo-tendineuses, sans parfaite relation avec le traitement. Les douleurs liées aux anti-aromatases étaient des douleurs fugaces, migrantes, d'une articulation à l'autre, variant d'un jour à l'autre, et ne se fixant pas à un niveau. Quant au problème de la main droite, l'experte a considéré qu'il ne s'agissait pas d'un manque de force. L'œdème au dos de la main était secondaire à la chirurgie et à la radiothérapie, mais il n'y avait pas de dégâts neurologiques et de séquelles motrices ou sensitives liés au traitement hormonal. Selon l'experte, la recourante était fixée sur sa main droite, alors que la fonctionnalité de ce membre restait complète, éventuellement à réapprivoiser. En ce qui concerne l'état dépressif, il pouvait être favorisé par la privation oestrogénique, mais in casu ce trouble précédait clairement les traitements anti-hormonaux, de sorte que l'experte a exclu que les modalités thérapeutiques oncologiques étaient à l'origine de ce trouble. Le traitement actuel de Lucrin et d'anti-aromatases participait cependant à une raideur articulaire, à des sudations et à un syndrome ménopausique sévère, ce qui entravait largement la qualité de vie de la recourante

et l'invalidait. Il convenait ainsi de se poser la question s'il n'y avait pas lieu d'interrompre ce traitement, ce qui serait admissible dans la situation oncologique actuelle. L'arrêt du traitement, associé à des mesures de physiothérapie active avec renforcement musculaire de la coiffe des rotateurs et des muscles pelvitrochanteriens, permettrait d'améliorer les problèmes à l'épaule et à la hanche et ouvrirait éventuellement « une porte de sortie » sur le plan psychique.

36. Dans le cadre de son expertise, la Dresse O_____ a sollicité un rapport de la doctoresse P_____ rhumatologue. Dans son rapport du 16 février 2016, celle-ci a considéré que la clinique évoquait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite sans argument pour une rupture de coiffe des rotateurs. La boiterie était très probablement en lien avec un syndrome douloureux du grand trochanter droit et une insuffisance du moyen fessier. Un travail sédentaire était envisageable, sans port de charges lourdes, de mouvements répétés des membres supérieurs et/ou en hauteur, ainsi que des travaux en station debout prolongée. La rhumatologue laissait le soin aux oncologues de dire si les imageries du bassin, en leur possession, montraient une bursite trochantérienne et/ou une tendinopathie du moyen fessier droit, ainsi que de vérifier que le taux de 25OHvitamine D était supérieur à 75nmol/l. Il était enfin important que la recourante suivît une physiothérapie active pour renforcer la musculature de la coiffe des rotateurs et des muscles pelvitrochantériens. Un travail sur l'amélioration du schéma de marche devait aussi être envisagé.
37. L'experte a également associé la Dresse Q_____, psychiatre, à l'expertise judiciaire. Dans son rapport du 18 mars 2016, celle-ci a indiqué qu'elle suivait la recourante depuis avril 2015 dans le cadre de la consultation de la douleur. La recourante avait une histoire familiale marquée par le cancer, plusieurs membres de sa famille en ayant été atteints, en particulier sa mère qui avait souffert de plusieurs cancers dont le premier s'était déclaré alors que la recourante n'avait que six-sept ans. Son père étant parti à la même période, elle s'était retrouvée seule avec sa mère malade dès son plus jeune âge. Elle a élevé son fils seule, puis a subi des violences conjugales après son mariage. Elle se sentait fortement déprimée et anxieuse, même si elle se présentait souriante. Cet état était lié à la préoccupation qu'elle avait concernant l'état de santé de sa mère qui souffrirait actuellement d'un cancer de la gorge et du sein, mais aussi concernant son propre parcours médical durant lequel elle ne s'était pas sentie entendue ni reconnue par les soignants et les membres de sa famille, notamment sa mère. Elle s'identifiait beaucoup à sa mère, auprès de laquelle elle cherchait de la reconnaissance. La psychiatre traitante a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, et de trouble mixte de la personnalité (traits de personnalité émotionnellement labile et dépendante). La recourante n'était actuellement pas en mesure de travailler.

38. Dans son avis du 2 mai 2016, la Dresse R_____ du SMR a mis en exergue que l'expertise judiciaire ne respectait pas la structure recommandée habituellement pour les expertises et souffrait de nombreuses lacunes. Quant aux médecins qui avaient collaboré à cette expertise, la Dresse Q_____ intervenait dans ce dossier en tant que psychiatre traitante, après que la recourante lui avait été adressée par la consultation de la douleur. Son avis n'avait ainsi pas le poids d'un consultant neutre et impartial. Le rapport de la Dresse P_____ ne permettait pas de préciser les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Enfin, l'expertise ne précisait pas les limitations fonctionnelles éventuelles découlant du lymphœdème et les effets secondaires du traitement hormonal. Il n'était pas non plus possible de faire la part des choses entre les effets secondaires du traitement hormonal et les limitations découlant des atteintes rhumatologiques. Il fallait en outre déterminer si l'état psychique s'était aggravé depuis l'octroi de la demi-rente limitée dans le temps en 2009 et s'il existait des facteurs de surcharge. Cela étant, le médecin du SMR n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail et a suggéré une évaluation pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, oncologie, rhumatologie, psychiatrie.
39. Par écriture du 11 mai 2016, l'intimé a contesté la valeur probante de l'expertise judiciaire au vu des critiques émises par le SMR et a persisté dans ses conclusions.
40. Par écriture du 11 mai 2016, la recourante a maintenu ses conclusions, se prévalant de ce que tant l'experte judiciaire que la Dresse Q_____ considéraient que sa capacité de travail était nulle.
41. Le 30 mai 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au docteur S_____, psychiatre. Elle leur a également communiqué la mission de l'expert.
42. Dans son avis médical du 10 juin 2016, la Dresse R_____ du SMR a considéré qu'une simple évaluation psychiatrique ne suffirait pas à se prononcer sur la capacité de travail et qu'il fallait s'adjoindre, au minimum, d'un volet rhumatologique à l'expertise judiciaire. Pour le surplus, elle a estimé que la situation devait être appréciée conformément aux indicateurs posés par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant le trouble somatoforme douloureux et les affections assimilées.
43. Par écriture du 16 juin 2016, l'OAI a fait sien l'avis médical du SMR précité et ne s'est pas opposé au choix de l'expert pressenti.
44. Dans son rapport complémentaire du 22 juillet 2016, la Dresse O_____ a indiqué que le lymphœdème du membre supérieur droit n'engendrait pas de limitations fonctionnelles et ne diminuait pas le rendement. Elle n'avait pas observé de lésion anatomique et de déficit neurologique consécutifs au traitement oncologique

antérieur. Le traitement antihormonal engendrait des maux de tête, des bouffées de chaleur jour et nuit avec des troubles du sommeil et une raideur articulaire. La fatigue pouvait aggraver la perception de la tendinopathie des coiffes des rotateurs et du syndrome douloureux du grand trochanter droit ainsi qu'une raideur articulaire dans une proportion modérée. Ces effets secondaires pouvaient aggraver l'incapacité de travail entre 0 et 30 %. Sur le plan somatique et compte tenu des effets secondaires du traitement hormonal, la recourante pourrait travailler dans une activité sédentaire.

45. Dans ses écritures du 31 août 2016, la recourante a mis en exergue que l'experte n'avait pas précisé à quel taux horaire elle pourrait travailler dans une activité sédentaire et qu'il ne pouvait être déduit de sa réponse qu'elle serait capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée. L'experte ne s'était pas non plus prononcée sur la diminution du rendement. D'ores et déjà, il apparaissait, en particulier en raison des nombreux effets secondaires du traitement hormonal, que sa capacité de travail était considérablement diminuée.
46. Dans son avis médical du 17 août 2016, le Dr T_____ a considéré qu'au vu des explications complémentaires de l'experte, l'assurée était apte de travailler dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles.
47. Par écriture du 30 août 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, sur la base de l'expertise complémentaire et de l'avis médical précité du SMR.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié 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. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. S'agissant des symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

3. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

- a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

- b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

4. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

5. En l'occurrence, selon l'expertise judiciaire, il n'est pas démontré que les douleurs articulaires dont se plaint la recourante sont engendrées par les anti-aromatases. En effet, selon la Dresse O_____, ce traitement peut certes provoquer des douleurs articulaires, mais celles-ci se manifestent par une raideur matinale et cèdent dès qu'on se met en mouvement. Il s'agit de douleurs fugaces, migrantes, d'une articulation à l'autre, variant d'un jour à l'autre et ne se fixant pas à un niveau. Les caractéristiques des douleurs articulaires de la recourante étant différentes, l'experte pense que ses douleurs sont plutôt musculo-tendineuses sans parfaite relation avec le traitement. Cela est également confirmé par son expertise complémentaire du 22 juillet 2016.

Toutefois, dans la mesure où, selon la Dresse Q_____, la recourante présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité, il y a lieu de déterminer sa capacité de travail sur le plan psychiatrique par une expertise médicale.

6. Celle-ci sera confiée au docteur S_____.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr S_____, psychiatre.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame A_____.
 - Examiner personnellement l'expertisée.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?

2. Compte tenu des douleurs articulaires diffuses rapportées par l'expertisée, lesquelles n'ont pas toutes un substrat organique, selon l'expertise de la Dresse O_____ du 19 avril 2016, l'expertisée souffre-t-elle d'un trouble somatoforme douloureux persistant (TSD) ?
3. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes psychiatriques diagnostiquées, à l'exception de l'éventuel TSD ?
4. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée depuis octobre 2012 et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis cette date, en tenant compte des atteintes psychiatriques diagnostiquées, à l'exception de l'éventuel TSD ?
5. Quel est le traitement actuel de la recourante? Suit-elle notamment toujours un traitement hormonal?
6. Au cas où le traitement hormonal devait être terminé, quelle a été l'évolution des douleurs et des atteintes psychiques

Au cas où vous avez diagnostiqué un TSD et que vous estimez que ce trouble a une répercussion supplémentaire sur la capacité de travail, nous vous prions de répondre aux questions suivantes :

7. Y a-t-il des discordances entre les plaintes et le comportement de l'expertisée, entre les limitations alléguées et ses activités de la vie quotidienne ?
8. L'expertisée s'est-elle engagée ou s'engage-t-elle dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou a-t-elle demandé peu de soins ?
9. Comment se manifeste le TSD, abstraction faite des atteintes objectivables (par exemple dans l'épaule et la hanche) ?
10. Y a-t-il des limitations uniformes dues au TSD dans les différents domaines d'activités de la vie ?
11. La gravité du TSD est-elle rendue plausible par l'étiologie et la pathogénèse ?
12. De quelle comorbidité psychiatrique au TSD souffre l'expertisée ?
13. Le cas échéant quelle est l'influence de l'éventuel trouble de la personnalité ou des traits de personnalité pathologique sur l'évolution du TSD ?
14. L'expertisée peut-elle trouver des ressources dans son environnement social ?
15. L'éventuelle incapacité de travail consécutive au TSD est-elle essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels ?
16. En résumé, estimez-vous que l'expertisée dispose ou disposait des ressources suffisantes pour surmonter le handicap dû au TSD ?

17. Compte tenu du TSD et des comorbidités psychiatriques, quelle est la capacité de travail de la recourante?
 18. Comment vous déterminez-vous sur la l'expertise de la Dresse O_____ et le rapport du 18 mars 2016 de la Dresse Q_____?
 19. Quelles autres observations avez-vous cas échéant à ajouter?
- D. Invite le Dr S_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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