RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1215/2020 **ATAS/159/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 mars 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à BELLEVUE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Yves BOSSHARD — recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1970, mariée, titulaire d'un certificat de cafetier, a exercé une activité de barmaid à 100 % de juillet 2005 au 30 septembre 2009 pour B_____ Sàrl (Bar C_____) pour un revenu annuel de CHF 60'000.-. Depuis 2009, l'assurée est associée gérante de B_____ Sàrl.

2. Le 17 août 2009, l'assurée a été victime d'un accident (choc sur le genou droit) ; le 15 juillet 2010 une arthroscopie du genou droit, avec biopsie, a été pratiquée ; le 20 octobre 2010, elle a subi une intervention (ablation d'un lipome) aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), et a présenté une chondropathie poste traumatique. Elle a été en incapacité de travail totale du 17 août 2009 au 24 avril 2011. La SWICA organisation de santé, assureur pour l'indemnité journalière selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 2008 (LCA - RS 221.229.1), a pris le cas en charge.

3. Le 24 février 2011, l'assurée a rempli une demande de prestations d'invalidité en raison d'une fissure du cartilage du genou droit.

4. Par communications des 1er avril et 11 mai 2011, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a pris en charge un cours de formation en informatique et une formation en onglerie et extension des cils.

5. Le 10 juin 2011, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, médecin adjoint à l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des HUG, a attesté d'un diagnostic de lipome arborescent du cul-de-sac supéro-externe du genou droit.

6. Le 6 juillet 2011, le Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR) a proposé une expertise orthopédique.

7. Les 31 mai et 11 septembre 2012, le docteur E_____, médecin au service d'orthopédie et traumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : le CHUV), a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OAI. L'assurée présentait un lipome arborescent réséqué, une chondropathie fémoro-patellaire interne et une gonarthrose débutante fémoro-tibiale interne. Elle était capable de travailler à 100 % dès la date de l'expertise, dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, en position assise-debout alternée, pas à genoux et sans marche dans les escaliers.

8. Le 15 janvier 2013, le SMR a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler dans l'activité de barmaid, mais capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, dès le 18 avril 2011.

9. Par décision du 11 mars 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'une rente d'invalidité était due dès le 17 août 2010 mais ne pouvait prendre

naissance que le 1er septembre 2011 ; or, à cette date, l'assurée avait recouvré une capacité entière de travail.

10. Dès le 1er novembre 2014, l'assurée a exercé une activité d'aide-soignante à 80 % pour la résidence Jura jusqu'au 31 octobre 2015, avec un dernier jour de travail effectif le 30 juillet 2015 et un revenu mensuel de CHF 3'520.- depuis le 1er novembre 2014.

11. Le 22 août 2015, l'assurée a été opérée en raison d'un cancer du sein gauche.

12. Les 6 et 19 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires, en raison d'un cancer du sein.

13. Le 27 janvier 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en invoquant une incapacité de travail totale depuis le 30 juillet 2015.

14. Le 19 février 2016, l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG (ci-après : l'Unité des HUG) a attesté d'un cancer du sein, avec chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie et une incapacité de travail de 40 % du 13 janvier au 13 février 2016. La capacité de travail était ensuite à évaluer après les traitements.

15. Le 16 septembre 2016, l'unité des HUG a attesté d'une incapacité de travail totale ; le traitement avait duré jusqu'en février 2016. L'assurée ne pouvait soutenir des charges de 2 - 3 kg en raison de douleurs neurologiques (protrusion discale).

16. Le 9 mars 2017, la consultation neuromusculaire des HUG a mentionné des douleurs neurogènes du membre supérieur gauche.

17. Le 30 juillet 2017, le SMR a constaté que la maladie oncologique avait justifié une incapacité de travail totale dans toute activité du 30 juillet 2015 au 16 septembre 2016, ensuite en raison de cervicobrachialgies, de douleurs du membre supérieur gauche et d'une polyneuropathie toxique périphérique.

18. Le 9 janvier 2018, le service de neurologie des HUG a attesté de douleurs neurogènes du membre supérieur gauche et d'une possible névralgie d'Arnold gauche.

19. A la demande de l'OAI, le docteur F_____, FMH neurologie, a rendu un rapport d'expertise le 27 février 2019, après examen de l'assurée le 15 février 2019.

    L'assurée se plaignait de douleurs du membre supérieur gauche, avec gêne par le mouvement (depuis l'opération du sein en 2015 et une chimiothérapie en 2016), de tête lourde, de céphalées, de perte de mémoire, de troubles de la concentration, d'irritabilité, de baisse de la vision, de manque d'appétit, de ralentissement psychomoteur, de fatigue et d'impression désagréable au niveau de la plante des pieds.

    Il a posé les diagnostics de douleurs du membre supérieur gauche post opération du sein, sans substrat organique neurologique objectivable, avec uniquement de

minimes signes d'œdèmes au niveau de ce membre ; persistance de paresthésie distale sur une probable polyneuropathie sur chimiothérapie, sans signe objectif actuellement et état dépressif.

L'assurée était incapable de travailler comme aide-soignante mais capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée (sans port de charge de plus de 5 kg, sans déplacement important, notamment dans les escaliers) depuis 2015. Une prise en charge psychiatrique et un traitement de la douleur étaient indiqués.

20. Le 13 juillet 2018, l'unité des HUG a attesté que, suite au traitement du carcinome mammaire agressif, l'assurée souffrait de nombreuses séquelles du traitement, avec d'importantes douleurs, une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, une faiblesse et perte de sensibilité des jambes et des céphalées chroniques. Elle était totalement incapable de travailler.

21. Le 13 septembre 2018, la doctoresse G_____, FMH neurologie, a relevé que l'assurée était extrêmement handicapée par ses douleurs (main, avant-bras et épaule gauche, talons, hémicrânienne droite), qui la réveillaient la nuit et entrainaient une fatigue diurne importante ; elle n'avait pu reprendre son activité d'aide-soignante ni se réorienter dans une autre activité en raison de cette problématique.

22. Le 7 février 2019, la Dresse G_____ a attesté d'une IRM cérébrale du 21 mars 2016, montrant une protrusion discale médiane C5-C6 avec uncarthrose bilatérale à ce niveau et au niveau C7-Th1 gauche. Il n'y avait pas de processus lésionnel tant radiculaire que plexulaire du membre supérieur gauche (selon l'ENMG) mais cela n'excluait pas une radiculalgie purement irritative.

23. Le 19 mars 2019, le SMR a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail totale comme barmaid et aide-soignante depuis le 17 août 2009 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes, sans utilisation répétée d'escaliers, sans travail à genoux ou accroupi, avec alternance des positions) depuis avril 2011, avec une capacité de travail nulle pour des raisons oncologiques du 30 juillet 2015 au 16 septembre 2016.

24. Le 21 mars 2019, l'OAI a retenu un statut d'active de l'assurée et fixé le degré d'invalidité à 4,58 % (revenu sans invalidité en 2016 de CHF 57'200.- et revenu d'invalide en 2016 de CHF 54'581.-, fondé sur l'ESS 2016, TA1, femme, total, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, sans déduction).

25. Le 29 avril 2019, la Dresse G_____ a attesté d'une amélioration des douleurs après une infiltration cervicale le 15 avril 2019.

26. Par projet de décision du 19 juillet 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er juillet au 31 décembre 2016, au motif qu'elle était totalement incapable de travailler du 30 juillet 2015 au 16 septembre 2016 et totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 17 septembre 2016,

ce qui entrainait un degré d'invalidité de 5 %, lequel n'ouvrait plus le droit à une rente. Elle n'avait droit ni à une orientation professionnelle, ni à un reclassement.

27. Les HUG (soit l'Unité des HUG, le service de gynécologie et le service de radio-oncologie) ont certifié une incapacité de travail totale de l'assurée chaque mois d'août 2015 à août 2019 et le docteur H_____, FMH gynécologie et obstétrique, du 31 juillet au 5 août 2015.

28. Le 22 août 2019, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI, en relevant que les HUG avaient attesté d'une capacité de travail nulle encore en cours. Elle était suivie par les Drs G_____, I_____, FMH radiologie, et J_____, médecin chef de chirurgie au service d'oncologie des HUG.

29. Le 11 septembre 2019, le Dr J_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail totale de l'assurée, laquelle ne pouvait porter des charges lourdes et avait des difficultés à s'occuper d'un patient. Dans un rapport du même jour annexé, le Dr J_____ a indiqué que l'assurée présentait de nombreuses séquelles du traitement administré avec d'importantes douleurs cervicales et du membre supérieur gauche, avec impotence fonctionnelle, une faiblesse et une diminution de la sensibilité des extrémités des membres inférieurs, ainsi que des céphalées chroniques sur névralgie du nerf d'Arnold gauche ; depuis juillet 2015 elle était incapable de travailler comme aide-soignante ou infirmière ; si la situation clinique s'améliorait on pourrait d'ici 12 à 24 mois évaluer la possibilité d'une réorientation professionnelle.

30. Le 12 septembre 2019, la Dresse G_____ a écrit à l'OAI que l'assurée présentait des douleurs chroniques incluant des douleurs neurogènes du membre supérieur gauche (atteinte irritative) associées à des paresthésies occipitales à irradiation hémicrânienne postérieure gauche évocatrices d'une névralgie d'Arnold gauche et des paresthésies des deux talons ; ces symptômes étaient apparus à la suite du traitement de chimiothérapie et radiothérapie. Les plaintes étaient cohérentes avec une atteinte neurogène favorisée par le traitement. Il existait aussi un syndrome épaule-main gauche chronicisé, avec une hypersudation de la main et aspect tuméfié. Une infiltration cervicale du 15 avril 2019 avait nettement amélioré les douleurs ; cette amélioration était favorisée par l'arrêt de travail qui lui évitait de solliciter trop son bras gauche. Elle était incapable de reprendre son ancienne activité ; une réorientation professionnelle était à considérer.

31. Le 25 septembre 2019, la doctoresse K_____, FMH médecine interne, a rendu un rapport AI. L'assurée était en incapacité de travail totale depuis août 2016 dans son activité d'aide-soignante. Les douleurs étaient actuellement stables lors de l'utilisation du bras gauche et lors de période de stress ; elle restait fragile et à risque de récidive si des mesures n'étaient pas mise en place. Lors des épisodes de douleurs neurogène du bras gauche et des céphalées, l'état général était fortement diminué. Elle présentait des cervicobrachialgies gauches non déficitaires sans signe

de dénervation (forte suspicion de composante irritative et contexte d'arthrose cervicale), névralgie d'Arnold, polyneuropathie des pieds, fatigabilité post traitement de cancer du sein gauche et lombalgie commune. Elle devait éviter tout port de charges lourdes avec son bras gauche et toute sollicitation des cervicales. La capacité de travail était nulle comme aide-soignante. Dans une activité adaptée, elle pourrait travailler à 80 % car elle présentait une fatigabilité depuis son traitement du cancer ; une réinsertion professionnelle était préconisée.

32. Le 24 janvier 2020, le SMR a estimé qu'en l'absence d'éléments objectifs parlant pour une aggravation des atteintes à la santé, une incapacité de travail durable de 20 % attestée par la Dresse K_____ n'était pas justifiée ; les autres avis médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux. Les conclusions du SMR du 19 mars 2019 restaient valables.

33. Par décision du 16 avril 2020, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er juillet au 31 décembre 2016, en se référant à l'avis du SMR du 24 janvier 2020. Des retenues étaient opérées sur la rente en faveur de la caisse genevoise de compensation (cotisations dues - PSA - PCI), du SPC et une compensation d'une rente versée à son époux.

34. Le 21 avril 2020, l'assurée a requis de l'OAI un rendez-vous afin d'éclaircir sa situation, ayant transmis des avis médicaux de ses médecins qui n'avaient pas été pris en compte. Par ailleurs, elle ne comprenait pas le décompte opéré. Ce courrier a été communiqué par l'OAI à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice et un recours a été enregistré.

35. Le 4 juin 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise neurologique était probante.

36. Le 4 juin 2020, la caisse a expliqué que l'époux de la recourante avait perçu du 1er juillet au 31 décembre 2016 une rente qui dépassait le plafond légal, que les époux étaient débiteurs d'un arriéré de cotisation de CHF 38.- et de frais de sommation de CHF 20.- et que le SPC avait requis la restitution de CHF 7'976.-, de sorte que toutes ces créances avaient été à juste titre compensées par le droit à la rente de l'assurée.

37. Le 25 septembre 2020, l'assurée, représentée par un avocat, a répliqué en relevant que le Dr F_____ avait émis des doutes quant à sa capacité à reprendre une vie professionnelle active, de sorte que le dossier devait être renvoyé à l'OAI pour instruction, afin de déterminer sa réelle capacité de travail dans une activité sans port de charge avec le bras gauche et sans sollicitation des cervicales.

38. A la demande de la chambre de céans les Dresses K_____ et G_____, ainsi que le docteur L_____, médecin interne au service d'oncologie des HUG, ont donné des renseignements complémentaires :

- Le 17 novembre 2020, la Dresse K_____ a indiqué que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée depuis mai 2019. Elle avait des douleurs neurogènes post chimiothérapie insominantes, une fatigabilité physique et des problèmes d'attention et de concentration ; elle devait éviter les ports de charges ; elle avait une sensibilité au stress ; pour ces raisons, elle ne pouvait travailler à 100 %. Le SMR n'avait à tort pas pris en compte la fatigabilité, la sensibilité au stress, la névralgie d'Arnold, l'éviction des mouvements répétés avec le bras gauche et la nécessité de mesure de protection pour éviter les tensions musculaires cervicales. Le dossier de l'OAI ne contenait aucun document entre le 30 novembre 2017 et le 15 février 2019. Les évaluations faites depuis décembre 2017 manquaient ; le SMR relevait à tort que l'assurée ne prenait pas de traitement contre la douleur ; il existait un substrat neurologique aux douleurs. Le SMR et le Dr F_____ n'avaient pas correctement pris en compte la situation de l'assurée.
- Le 17 novembre 2020, la Dresse G_____ a indiqué que l'assurée, qu'elle suivait depuis le 11 septembre 2018, n'était pas capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée en raison d'une situation clinique fragile, avec réexacerbation périodique de douleurs neuropathiques invalidantes, paresthésie douloureuse de l'épaule et du membre supérieur gauche et, périodiquement, cervicalgies et névralgie d'Arnold ainsi qu'un syndrome épaule main chronicisé ; elle pouvait travailler au maximum à 80 %. Au début du suivi, les douleurs neuropathiques étaient bien plus importantes, diffuses, difficilement contrôlées (intolérance aux antalgiques) ; la situation s'était améliorée avec le traitement par infiltration. D'un point de vue strictement neurologique, l'assurée présentait des douleurs neurogènes chronicisées à type de paresthésies douloureuses du membre supérieur gauche, pouvant concerner épisodiquement la région occipitale gauche. Ces douleurs étaient apparues dans les suites de la chimiothérapie et avaient été exacerbées par les séances de radiothérapie. Elles s'étaient compliquées au fil du temps par une névralgie d'Arnold, elle-même contribuant au renforcement des douleurs de l'épaule et du membre supérieur gauche. A cela s'ajoutait un possible syndrome épaule - main chronicisé surajouté, expliquant l'impotence fonctionnelle que ressentait l'assurée, plus particulièrement au niveau de sa main gauche, avec hypersudation de cette dernière et, occasionnellement, aspect tuméfié de cette main. Les douleurs étaient actuellement bien mieux contrôlées que par le passé chez une assurée néanmoins en arrêt de travail total. Toute sollicitation de la région cervicale, de l'épaule et du membre supérieur gauche était susceptible de les réexacerber, de même que toute position maintenue inchangée et de façon prolongée. Les douleurs pouvaient survenir non seulement lors de stress physique de ces régions mais également lors de stress psychologique. Elles étaient à l'origine d'une fatigue directement consécutive à l'énergie déployée pour gérer la douleur

et étaient à l'origine d'une diminution de son rendement. Une activité adaptée à un taux de 80 % permettrait, dans le cadre d'une réorientation professionnelle, de favoriser le retour au travail de l'assurée dans les meilleures conditions. Une activité à 100 %, même dans un poste adapté, serait contre-productive avec un risque manifeste d'exacerbation et d'entretien des symptômes pouvant compromettre la réussite de la reprise professionnelle chez une assurée compliante et volontaire.

- Le 18 décembre 2020, le Dr L_____ a indiqué qu'il suivait l'assurée seulement depuis le 27 avril 2020 et ne l'avait vue que les 27 avril et 20 juillet 2020 ; celle-ci n'avait plus de traitement oncologique spécifique depuis 2016. En revanche, elle présentait des séquelles liées aux traitements de chirurgie et de chimiothérapie reçus par le passé, sous forme de polyneuropathie des membres inférieurs et d'un lymphoedème chronique du membre supérieur gauche. La fatigabilité induite par les traitements reçus était durable dans le cas de l'assurée. Il lui était impossible de se prononcer catégoriquement sur la capacité de travail mais il rejoignait l'avis de la Dresse K_____, qui semblait raisonnable. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux symptômes de la polyneuropathie et du lymphoedème chronique ; il y avait une fatigabilité globale.

39. Le 21 janvier 2020, la Dresse M_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les rapports médicaux produits à la demande de la chambre de céans n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif ; la douleur du membre supérieur gauche, la polyneuropathie sensitive et les cervicalgies avaient déjà été prises en compte par le SMR et l'expert neurologue. Aucune atteinte objective n'avait été mise en évidence et aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue. Par ailleurs, l'expert n'avait pas mis en évidence de fatigabilité ni de troubles cognitifs objectifs. Le diagnostic de névralgie d'Arnold était déjà connu et ne motivait pas une incapacité de travail totale.

40. Le même jour, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité et a relevé que le droit à des mesures de réadaptation professionnelle n'était pas ouvert, car le degré d'invalidité était insuffisant et pas de nature à diminuer le dommage dès lors que la recourante ne s'estimait pas elle-même capable de reprendre une activité professionnelle et que les médecins traitants estimaient que le taux de capacité de travail à 80 % seulement dans une activité adaptée était justifié essentiellement par la fatigabilité et la faible résistance au stress. Dans cette mesure également, un changement d'activité serait sans effet vraisemblable sur la capacité de travail.

41. Le 25 janvier 2021, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    La recourante a déclaré : « Après le premier traitement de chimiothérapie j'ai développé une faiblesse du bras gauche qui a nécessité deux hospitalisations aux

urgences. Ensuite j'ai eu des fourmillements aux deux pieds et bras, ainsi que des douleurs aux épaules, au bras gauche et à la tête avec des lancées. Ces douleurs ont perduré même si elles ont un peu diminué suite à l'infiltration d'avril 2019. J'ai rendez-vous le 2 février 2021 pour faire une deuxième infiltration. Les douleurs me dérangent beaucoup. Avant j'étais une femme active.

D'amblée l'expert neurologue n'a pas pris en compte ma douleur. Il m'a déconseillé de pratiquer une infiltration qui était déjà prévue. Il m'a beaucoup déstabilisé. Son attitude m'a perturbé et j'ai tout de suite appelé la Dresse G_____ pour lui demander conseil et lui dire ce que l'expert m'avait indiqué. Celle-ci m'a conseillé de contacter le Dr I_____ pour pratiquer l'infiltration. Mes douleurs étaient devenues chroniques et je ne pouvais même plus regarder la télévision. C'est seulement après l'infiltration que mes douleurs ont diminué. Jusque-là j'étais totalement incapable de travailler, ce que le Dr J_____ aurait pu confirmer car c'est lui qui m'a suivi durant toute cette période. Je crois savoir qu'il est maintenant installé à la Clinique des Grangettes.

Actuellement je me sens capable de reprendre une activité mais seulement je pense à 80 %. J'attends aussi de voir quels vont être les résultats de la deuxième infiltration. Je suis d'accord avec les rapports de mes médecins traitants qui confirment une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée.

J'ai eu de la physiothérapie jusqu'en juillet 2020. J'estime comme l'a dit la Dresse K_____ que j'étais totalement incapable de travailler jusqu'en mai 2019. Je souhaite obtenir la rente entière d'invalidité correspondante et pouvoir bénéficier d'une mesure d'ordre professionnel. La diminution de rendement de 20 % est due à de la fatigue, elle-même due à la chimiothérapie. J'ai évoqué avec le Dr F_____ la fatigue due au traitement. J'ai fait part de toutes mes craintes à ce médecin. Le Dr N_____ était mon oncologue aux HUG, c'est lui qui m'a ordonné le traitement de chimiothérapie. Ensuite il a quitté ce service. »

L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous demandons des mesures de réadaptation professionnelle afin que ma cliente puisse avoir une activité adaptée à 80 %.

Nous contestons aussi la limitation de la rente dans le temps. Je relève qu'en page 8 du rapport d'expertise, l'expert fait état de fatigabilité. Il relève également les déficits cognitifs du bilan neuropsychologique. »

42. Le 18 février 2021, l'OAI a indiqué qu'il n'avait ni questions complémentaires, ni motifs de récusation à invoquer à l'encontre de l'expert désigné et s'est rallié à un avis du SMR du même jour.

43. Le 11 février 2021, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle entendait confier une expertise à la Doctoresse O_____, médecin associée, département d'oncologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), et leur a imparti

un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle récusation de l'experte ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

44. Le 18 février 2021, l'OAI a indiqué qu'il n'avait ni questions complémentaires ni motifs de récusation à invoquer à l'encontre de l'experte désignée.

45. Le 1er mars 2021, l'assurée a indiqué qu'elle était d'accord avec la décision de l'experte et la mission d'expertise.

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. 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 1er janvier 2008).

5. 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).

6. 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'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. 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).

f. 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).

g. 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).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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).

8. 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).

9. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^{os} 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

10. Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi,

selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En l'occurrence, l'intimé a mis en œuvre une expertise neurologique auprès du Dr F_____.

Son rapport d'expertise du 27 février 2019 n'emporte pas la conviction. En effet, après avoir constaté un diagnostic de douleur du membre supérieur gauche post-opération du sein et persistance de paresthésie distale sur une probable polyneuropathie sur chimiothérapie, ainsi que des troubles neuropsychologique, l'expert se borne à mettre en doute l'effort cognitif de la recourante et a expliqué la persistance des douleurs par la situation sociale précoce de la recourante avec état dépressif et surcharge psychogène. Il impute ensuite à la recourante une « forte demande de rente AI » (rapport d'expertise p. 7), sans motivation, alors même que la recourante requiert des mesures d'ordre professionnel en s'estimant capable de travailler à 80 % depuis mai 2019, soit peu après l'examen de l'expertise. Par ailleurs, les médecins traitants de la recourante, soit les Drs K_____ (le 17 novembre 2020), G_____ (le 17 novembre 2020) et L_____ (le 18 décembre 2020), ont estimé que la recourante était capable d'assumer, depuis mai 2019 seulement, une activité à un taux réduit de 80 %, compte tenu des douleurs neurogènes post chimiothérapie, avec fatigabilité psychique, troubles neuropsychologiques et sensibilité au stress, paresthésie douloureuse de l'épaule et du membre supérieur gauche, cervicalgie, névralgie d'Arnold, syndrome épaule-main chronicisé. Ces avis jettent un doute sérieux sur les conclusions de l'expert F_____.

Au demeurant, il apparait nécessaire de mener une instruction médicale complémentaire, par le biais d'une expertise oncologique, les symptômes allégués par la recourante et ses médecins traitant étant principalement décrits comme une conséquence du traitement du cancer.

Partant, une expertise judiciaire sera confiée à la doctoresse O_____, médecin associée, département d'oncologie, CHUV-UNIL, Service d'oncologie médicale, à Lausanne.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise oncologique.

Commet à ces fins le docteur doctoresse O_____, médecin associée, département d'oncologie, CHUV-UNIL, Service d'oncologie médicale, à Lausanne. 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, en particulier les docteurs J_____, G_____, N_____, K_____ et I_____.

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

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée.

2. Plaintes de la personne expertisée.

3. Status clinique et constatations objectives.

4. **Diagnostics** (selon un système de classification reconnu)

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

4.3 En particulier, comment l'état de santé de la personne expertisée a-t-il évolué depuis le 22 août 2015 ?

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. **Cohérence**

6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quel est le niveau d'activité sociale et commet a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. **Capacité de travail**

7.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

7.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?

7.2.2 Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? En particulier la personne expertisée présente-t-elle des effets secondaires de son traitement contre le cancer ?

7.2.3 Quelle activité lucrative est-elle exigible ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

7.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

7.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 22 août 2015 ?

7.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

8. **Traitement**

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

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

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

9.1 Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr F_____ du 15 février 2019 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis 2015 ? Si non, pourquoi ?

9.2 Etes-vous d'accord avec les avis de la Dresse K_____ des 25 septembre 2019 et 17 novembre 2020 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle jusqu'au 30 avril 2019 et de 80 % dès mai 2019 ? Si non, pourquoi ?

9.3 Etes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse G_____ du 17 novembre 2020 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?

10. Quel est le pronostic ?

11. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

12. 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 parties