

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1451/2017

ATAS/100/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 février 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Damien CHERVAZ

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), ressortissante bolivienne née le _____ 1962, est arrivée en Suisse le 20 juillet 1999 et a été naturalisée suisse le 2 septembre 2006. Le 1^{er} septembre 2001, elle a été engagée en qualité d'aide-ménagère à mi-temps par la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD – ci-après : l'employeur).
2. Le 17 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), afin d'obtenir un reclassement dans une nouvelle profession et une rente. Elle a indiqué présenter une maladie inflammatoire (tendinite) chronique des membres depuis 2000-2001 et être en incapacité totale de travailler depuis le 24 février 2003. Le cas était pris en charge par l'assurance perte de gain de son employeur.
3. Le 29 mars 2004, l'employeur a adressé à l'OAI un rapport du 28 octobre 2003 établi par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation. Ce médecin a retenu le diagnostic d'épicondylite du coude droit opérée le 25 février 2003. Après cette intervention, des douleurs irradiant dans tout le membre supérieur et l'épaule droite étaient apparues. L'IRM réalisée le 10 juillet 2003 avait permis de conclure à une tendinopathie avec possible rupture transfixiante du muscle sus-épineux. L'échographie pratiquée le 14 mai 2003 montrait une tendinopathie sévère du sus-épineux de l'épaule droite. L'incapacité de travail était de 100% dès le 24 février 2003 et pour une durée indéterminée.
4. Dans un rapport du 5 avril 2004, le Dr B_____ a retenu le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec atteinte du sus-épineux de l'épaule droite. Une intervention chirurgicale était prévue le 30 mai 2004. Son état de santé s'aggravait. Son incapacité de travail dans son activité habituelle était de 100% depuis le 24 janvier 2013 et l'exercice de ladite activité n'était plus exigible. En revanche, l'exercice d'une autre activité, à déterminer, pouvait être exigé.
5. Le 11 mai 2004, l'assurée a subi une acromioplastie et une réparation de la coiffe de l'épaule droite, réalisées par le docteur C_____. Elle a séjourné à l'hôpital du 10 au 14 mai 2004.
6. Dans un rapport d'examen du 10 novembre 2004, le docteur D_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu les diagnostics de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite opérée et d'épicondylite du coude droit. L'incapacité de travail durable avait débuté le 25 février 2003. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles, soit le soulèvement de charges de 5 à 10 kg au maximum avec le membre supérieur droit, pas de travail en-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs et éviter les mouvements répétitifs des membres supérieurs. Sa capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (capacité de travail

de 100% avec une diminution de rendement de 20%). Une réadaptation professionnelle était à prévoir dès que possible.

7. Le 15 janvier 2005, les rapports de travail liant l'assurée à son employeur se sont achevés.
8. Par décisions du 17 mars 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. En incapacité de travail depuis le 24 février 2003, elle présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%. Elle avait été mise au bénéfice de mesures d'orientation mais ne s'était pas présentée au stage prévu. Sans nouvelle de sa part, l'OAI ne pouvait entrer en matière sur un éventuel reclassement professionnel. Le degré d'invalidité était de 27% et donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Faute de recours, ces décisions sont entrées en force.

9. Le 7 juillet 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a indiqué être atteinte d'un diabète non insulino-requérant depuis 2010, d'un cancer du sein gauche depuis 2013 et de troubles au niveau des deux membres supérieurs.
10. Selon un extrait de compte individuel du 11 juillet 2014, l'assurée a travaillé en tant qu'indépendante dès le mois d'août 2014, dans un service d'envoi d'argent.
11. Dans un rapport du 1^{er} septembre 2014, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine générale interne et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics de cancer du sein découvert en 2013 et traité par le docteur F_____ spécialiste FMH en oncologie médicale et en médecine interne générale, de diabète de type II non insulino-requérant, d'une opération de l'épaule droite en mai 2004, d'un état dépressif léger et d'une maladie de Chagas latente. Ses limitations fonctionnelles l'empêchaient de travailler uniquement en position debout ou en marchant ou dans différentes positions, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genou, de soulever ou porter des charges supérieures à 5 kg, et de monter sur une échelle ou un échafaudage.
12. Dans un rapport du 8 septembre 2014, la doctoresse G_____, médecin interne du département d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a retenu le diagnostic de carcinome tubulaire invasif G1 du sein gauche. Le traitement ambulatoire avait débuté le 1^{er} janvier 2014 et était toujours en cours. L'assurée avait subi une tumorectomie le 7 janvier 2014, puis une radiothérapie. Quant au pronostic, il s'agissait d'une maladie oncologique à bas risque. La Dresse G_____ n'avait pas fourni d'arrêt de travail à l'assurée. Sa capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle. Les limitations fonctionnelles l'empêchaient de travailler uniquement en position debout ou en marchant, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genou, de soulever ou porter des charges supérieures à 7

kg, et de monter sur une échelle ou un échafaudage. En outre, sa fatigabilité était augmentée en raison du traitement.

13. Le 6 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'était indiquée actuellement.
14. Dans un rapport du 17 février 2015, le Dr F_____ a indiqué que l'assurée faisait l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire, laquelle posait problème, en raison d'une intrication d'effets secondaires induits par les médicaments et dans le contexte d'un état dépressif larvé associé aux suites du traitement de son cancer du sein gauche ayant combiné tumorectomie, technique du ganglion sentinelle et chirurgie conservatrice, suivie d'une radiothérapie et d'une mise sous anti-aromatases. Il s'agissait d'un carcinome tubulaire de grade 1 avec hormonosensibilité. Il persistait toujours un syndrome algique du sein gauche irradié avec un discret lymphœdème du membre supérieur gauche. Cependant, un bilan neuroradiologique s'imposait, en raison des céphalées et des troubles de l'équilibre. Elle était prise en charge pour un problème de cataracte et d'éventuelle rétinopathie, découlant d'un diabète non insulino-dépendant. L'assurée avait actuellement des poussées algiques du membre supérieur gauche, avec répercussion fonctionnelle, dans le contexte de paresthésies, de troubles mnésiques et de troubles de l'équilibre. Deux diagnostics étaient actuellement suspectés, soit une maladie de Horton en investigation et un syndrome du tunnel carpien bilatéral, actuellement décompensé et pour lequel une intervention était prévue prochainement, du côté gauche. L'assurée présentait également un état dépressif larvé et des séquelles de radiothérapie au niveau pulmonaire. Elle se plaignait essentiellement de fatigue, de douleurs et d'une impotence fonctionnelle partielle des membres supérieurs. En raison de ses origines boliviennes, le diagnostic de maladie de Chagas pouvait être évoqué pour les problèmes centraux. Pour cette raison, son plan de traitement avait été réadapté. Les investigations allaient se poursuivre, notamment par rapport à l'hypertension et la maladie de Chagas.
15. Dans un rapport intermédiaire du 24 juin 2015, la Dresse E_____ a considéré que l'état de l'assurée s'était aggravé ces six derniers mois, sur le plan dépressif. Sa dépression et ses douleurs diffuses avaient des répercussions sur sa capacité de travail. Son atteinte aux épaules diminuait sa mobilité. L'incapacité totale de travailler était justifiée médicalement depuis son cancer du sein. Ses douleurs l'empêchaient de reprendre son activité habituelle. Elle ne se sentait bien que quand elle retournait en Bolivie. La Dresse E_____ avait proposé une prise en charge psychiatrique. Aucune reprise du travail n'était envisageable. Les plaintes étant multiples, un examen médical complémentaire était nécessaire.
16. Dans un rapport intermédiaire du 6 août 2015, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis février 2015. La capacité de travail était impossible à chiffrer en raison des poussées inflammatoires, notamment au niveau des mains, et de leur interaction avec le syndrome du tunnel carpien. Le problème des douleurs articulaires allait perdurer tant que le traitement

anticancéreux était maintenu. Le pronostic était sombre. Il n'était pas certain que la compliance soit optimale. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Les troubles psychiques ne nécessitaient aucune prise en charge psychiatrique, un antidépresseur léger étant suffisant. Un retour au travail ultérieur n'était que difficilement envisageable, en raison de problèmes de langue. Un examen médical complémentaire était nécessaire.

17. Dans un rapport du 11 août 2015, le Dr F_____ a relevé un statu quo concernant le problème carcinologique. Les problèmes articulaires évoluaient par poussée. La récente décompression du tunnel carpien gauche avait été efficace. Il se posait la question du côté controlatéral qui présentait cliniquement une légère amélioration avec le port d'une attelle nocturne. Les autres cofacteurs étaient actuellement équilibrés, hormis le moral qui restait fluctuant et qui était vite déstabilisé par les poussées douloureuses. À ses yeux, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité. En raison des cofacteurs, en particulier de son diabète et du dernier bilan radiologique, il proposait de clore le dossier.
18. Dans un avis du 1^{er} octobre 2015, la doctoresse H_____ du SMR a relevé qu'il était difficilement compréhensible qu'un cancer du sein à bas risque de récurrence, un état dépressif léger ou une dysthymie, un syndrome du tunnel carpien bilatéral traité chirurgicalement avec une bonne réponse au traitement et des douleurs articulaires diffuses répondant à un traitement de Dafalgan empêchent la reprise de l'activité habituelle, administrative et donc a priori adaptée. Une expertise en oncologie, rhumatologie et psychiatrie était recommandée.
19. Par pli du 16 octobre 2015, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité d'une telle expertise et lui a transmis sa liste de questions.
20. Le 3 août 2016, l'OAI a indiqué à l'intéressée que l'expertise allait être réalisée par la Polyclinique médicale universitaire (ci-après : PMU), en particulier par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le département d'oncologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur K_____ spécialiste FMH en rhumatologie.
21. Dans une expertise de la PMU du 16 novembre 2016, les Drs I_____ et J_____, ainsi que la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine générale interne, ont rappelé le contexte de l'expertise. Ils ont précisé s'être fondés sur le dossier de l'assurance-invalidité, l'examen de médecine interne du 6 septembre 2016, le consilium d'oncologie du 21 septembre 2016, le consilium de rhumatologie du 28 septembre 2016 et le consilium psychiatrique du 4 octobre 2016, et avoir pris leurs conclusions après une discussion dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 8 novembre 2016. Les experts ont résumé les pièces médicales figurant au dossier, exposé l'anamnèse de l'assurée, fait état de ses plaintes et de leurs constatations objectives dans les différentes disciplines requises, avant de poser leurs diagnostics et de répondre aux questions posées par l'OAI.

Sur le plan oncologique, les experts ont retenu le diagnostic de carcinome de type tubulaire du sein gauche, grade 1, hormonosensible, avec composante de carcinome canalaire in situ avec : une tumorectomie et excision du ganglion sentinelle en janvier 2014, radiothérapie mammaire adjuvante en février et mars 2014, de traitement par tamoxifène suspendu en raison de métrorragies depuis mars 2014, de tentative de traitement inhibiteur de l'aromatase X, non supporté à cause d'arthromyalgies en mars 2014 (?) et de traitement adjuvant antihormonal par létrozole depuis le printemps 2014. À l'anamnèse et au bilan clinique, l'assurée ne présentait pas de signes de récurrence de sa maladie oncologique. Les plaintes ostéoarticulaires, les troubles de l'humeur, du sommeil et des fonctions cognitives, les troubles visuels et les symptômes ménopausiques dont se plaignait l'intéressée pouvaient être liés ou exacerbés par le traitement d'inhibiteur d'aromatase actuellement en cours. Les effets indésirables précités imposaient parfois l'arrêt définitif du traitement, de par leur intensité. Il convenait de procéder à une fenêtre thérapeutique et d'évaluer l'évolution des plaintes. Il fallait s'attendre à plusieurs mois avant de voir une amélioration. S'agissant de l'incapacité de travail, les experts ne pouvaient pas se prononcer, l'assurée n'exerçant pas d'activité professionnelle actuellement, étant précisé que pour les patients ayant déjà une telle activité, une reprise progressive du travail était généralement recommandée. Au printemps 2019, soit dans les mois qui allaient suivre la fin du traitement antihormonal, on pouvait s'attendre à une régression progressive des effets secondaires du traitement.

En ce qui concerne la rhumatologie, le Dr K_____ a retenu les diagnostics d'oligo-polyarthralgies et myalgies chroniques d'étiologie indéterminée avec : des omalgies droites chroniques depuis 2003 avec acromioplastie de l'épaule droite, réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite pour rupture transfixiante du muscle sus-épineux droit en mai 2004, des épicondylalgies droites chroniques depuis 2003 au moins, également avec cure d'épicondylite droite en février 2003, et une opération d'un tunnel carpien gauche en février 2015. L'assurée présentait une symptomatologie douloureuse articulaire et musculaire diffuse, non spécifique, chronique depuis 2003, et ayant augmenté en intensité suite au diagnostic et au traitement du cancer du sein gauche de bon pronostic, traité depuis janvier 2014 et actuellement considéré en rémission. Le traitement était théoriquement prévu jusqu'en 2019. L'ensemble des plaintes ostéoarticulaires n'était pas explicable selon un modèle biomédical seul et n'était pas attribuable de manière prépondérante au traitement du cancer, compte tenu de leur présence avant le diagnostic de cancer du sein. D'un point de vue rhumatologique, on pouvait tout au plus admettre des limitations fonctionnelles pour les mouvements de l'épaule en rotation interne maximale, en élévation antérieure au-delà de 90° et de même en abduction. Compte tenu du traitement contre le cancer concomitant, on pouvait également admettre des limitations fonctionnelles pour les activités physiquement lourdes, les activités nécessitant une répétitivité des gestes ou des actions de même type si elles étaient exercées de manière répétitive pendant 50% du temps de travail ou plus, et des

activités où les articulations étaient sollicitées au-delà des angles de confort (par exemple : travail des bras au-dessus de la ligne des épaules, port de gants inadaptés, exposition à des vibrations corporelles, notamment aux mains). Dans une activité respectant lesdites limitations, la capacité de travail était entière. Il en allait de même s'agissant des activités ménagères.

Du point de vue psychiatrique, le Dr J_____ a retenu le diagnostic de dysthymie sur la base de l'entretien, de l'anamnèse et des rapports figurant au dossier. Ce diagnostic était retenu en présence d'une humeur légèrement déprimée accompagnée de moments de découragement et d'inquiétude. Les troubles de mémoire allégués par l'assurée étaient probablement d'origine multifactorielle (dysthymie et effets secondaires de la médication). L'intrication de cette dysthymie et des médicaments entraînait une baisse de la capacité de travail estimée à 20%.

Compte tenu de ces éléments, les experts ont retenu les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de status après carcinome de type tubulaire du sein gauche, de grade 1, hormonosensible, avec composante de carcinome canalaire in situ, d'oligo-polyarthralgies et myalgies chroniques, d'étiologie indéterminée, de dysthymie, de diabète de type 2 non insulino-requérant, d'hypertension artérielle traitée, d'obésité, de status après opération de tunnel carpien de la main droite en février 2015 et de maladie de Chagas anamnétique diagnostiquée en 2008.

Plusieurs éléments atténuaient le caractère invalidant des plaintes, soit l'absence de limitations fonctionnelles importantes au niveau rhumatologique, la bonne évolution et le bon pronostic de la maladie oncologique, et l'absence de comorbidité psychiatrique importante comme un état dépressif constitué ou un trouble de la personnalité. Les critères d'un trouble somatoforme persistant n'étaient pas réalisés, l'assurée n'étant pas centrée, figée et cristallisée sur des douleurs qui auraient pris toute la place dans sa vie, et par l'absence du sentiment de détresse qui accompagnait ce type de syndrome. Les activités de la vie quotidienne étaient ralenties mais globalement préservées. L'assurée restait positive face à l'avenir et faisait des projets, imaginant même possible une activité professionnelle qui ne solliciterait pas trop ses membres supérieurs. Elle disait ne pas avoir ressenti le besoin de consulter un psychiatre ou de prendre des antidépresseurs. La maladie de Chagas n'avait actuellement pas d'expression clinique.

L'assurée présentait une capacité de travail de 80% dès le début de l'année 2015. L'incapacité de travail avait été totale de janvier à mai 2014, suite au diagnostic et traitement du cancer du sein, puis de 50% entre juin et décembre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En l'absence de comorbidités psychiatriques comme un état dépressif nécessitant un traitement ou un trouble de la personnalité et compte tenu du fait que les effets secondaires liés au traitement d'inhibiteur d'aromatase devaient régresser après l'arrêt du traitement en 2019, le pronostic quant à la reprise d'une capacité de travail restait favorable. Toutes les mesures médicales étaient mises en œuvre. Dans la mesure où l'activité habituelle

dans le transfert d'argent, soit un emploi administratif, restait adéquat, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures professionnelles. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée devait éviter les positions statiques prolongées, les mouvements répétés avec les bras au-dessus de 90° en élévation antérieure ou en abduction, les vibrations corporelles, les positions statiques prolongée au-delà d'une heure sans pouvoir alterner la position, les ports réguliers de charges supérieures à 7 kg et les travaux lourds. En cas d'horaire à plein temps, il fallait tenir compte d'une diminution de rendement de 20%. Sinon, la capacité de travail était de 80% avec un rendement normal.

22. Dans un rapport final du 7 février 2017, la Dresse H_____ du SMR a considéré que l'expertise de la PMU était convaincante et que ses conclusions pouvaient être suivies. Le carcinome avait un effet sur la capacité de travail de l'assurée. Quant aux oligo-polyarthralgies et myalgies chroniques d'étiologie indéterminée, la dysthymie, le diabète de type 2 non insulino-requérant et l'hypertension artérielle, ils étaient sans effet sur la capacité de travail. L'aggravation de l'état de santé était intervenue le 7 janvier 2014. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était de 50% du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014, puis de 80% dès le 1^{er} janvier 2015. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 1^{er} janvier 2015. Au rang des limitations fonctionnelles, la Dresse H_____ a écarté les activités physiquement lourdes, les activités nécessitant une répétitivité des gestes ou actions de même type si elles étaient exercées de manière répétitive pendant 50% du temps de travail ou plus, les activités sollicitant les articulations au-delà des angles de confort, le travail avec les bras au-dessus de la ligne des épaules, le port de gants inadaptés, l'exposition à des vibrations corporelles, notamment aux mains (marteau, pneumatique, perceuse, scie circulaire).
23. Dans un projet de décision du 9 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assurée. Depuis le 7 janvier 2014, sa capacité de travail était considérablement restreinte. En dernier lieu, elle avait exercé une activité d'indépendante dans le transfert d'argent. Sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps. Selon les rapports des médecins traitants, l'avis du SMR et l'expertise de la PMU du 16 novembre 2016, sa capacité de travail, dans toute activité, était nulle du 7 janvier au 30 juin 2014, de 50% du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014 et de 80% dès le 1^{er} janvier 2015. À l'échéance du délai d'attente d'une année, son incapacité de gain était donc de 20%, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert. Le revenu avec et sans invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, une comparaison des revenus était inutile. Une enquête pour activité professionnelle indépendante était superflue, dans la mesure où elle n'apporterait aucune modification sur le droit à la rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles n'étaient pas de nature à améliorer sa capacité de gain.
24. Le 7 mars 2017, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition au projet de décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Son

incapacité de travail était totale dans toute activité, comme l'attestait son médecin traitant.

25. Par décision du 15 mars 2017, l'OAI a intégralement maintenu son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans le cadre de son opposition, l'assurée n'avait pas invoqué de faits et/ou de pièces nouvelles permettant de remettre en cause le projet de décision.
26. Par acte du 24 avril 2017, l'assurée a interjeté recours à l'encontre de cette décision par devant la chambre de céans. Elle a conclu préalablement à l'octroi de l'assistance juridique et à ce qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour compléter son écriture. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens.

En l'état, elle contestait l'appréciation de la PMU, telle qu'elle ressortait de l'expertise du 16 novembre 2016, en particulier à la lumière des conclusions des Drs F_____ et E_____ qui la considéraient totalement incapable de travailler.

27. Le 19 mai 2017, la recourante a complété son recours, concluant préalablement à ce que l'audition des Drs M_____ et N_____ soit ordonnée et à ce qu'une expertise psychiatrique et rhumatologique soit mise en œuvre. Pour le surplus, elle a persisté dans ses conclusions.

La valeur probante de l'expertise du 16 novembre 2016 de la PMU était contestée pour plusieurs motifs.

Le diagnostic de maladie de Chagas avait été totalement ignoré par l'expertise.

D'une manière générale, la situation du point de vue rhumatologique, l'aspect psychiatrique et la fatigue avaient été sous-estimés.

L'expertise ne tenait pas compte de l'évolution potentielle d'une maladie mammaire et de l'impact sur la santé, y compris ses effets secondaires du traitement contre le cancer.

Les experts n'avaient pas pris contact avec ses médecins traitants et psychiatres, ce qui était choquant dans la mesure où le dossier médical ne contenait aucun élément postérieur à 2012, soit trois ans avant l'expertise.

Les experts considéraient que les critères d'un trouble dépressif étaient réalisés, mais que leur intensité n'était pas suffisante pour que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger ou moyen, soit retenu. Cette conclusion entraînait en contradiction avec leurs constatations. En outre, elle présentait des symptômes supplémentaires : attitude morose et pessimiste face à l'avenir, idées suicidaires, perturbations du sommeil et anxiété. Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, avait été retenu par les médecins traitants. Les experts s'en écartaient sans en expliquer les raisons.

À cela s'ajoutait que l'expertise n'examinait pas si le diagnostic de fibromyalgie était incapacitant selon les nouveaux critères de la jurisprudence. Au contraire, elle

se bornait à retenir la présomption selon laquelle ladite affliction était surmontable par un effort de volonté raisonnablement exigible. Son trouble dépressif était chronique et s'étendait sur plusieurs années, sans rémission durable. Il devait donc être pris en compte selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, pour évaluer le caractère incapacitant de la fibromyalgie, retenu par son médecin traitant.

La question de la diminution de rendement avait été exclue par les experts sans tenir compte de l'avis du Dr F_____. Au vu de ses limitations fonctionnelles physiques et psychiques, il était évident que sa capacité de rendement serait réduite, pour autant que l'on puisse la considérer capable de travailler à temps partiel.

Compte tenu du fait qu'elle ne pouvait travailler qu'à temps très partiel et de l'ensemble des limitations fonctionnelles, notamment une fatigabilité, une sensibilité au stress, des difficultés à utiliser les bras, des douleurs permanentes, une incapacité à porter des charges lourdes ou effectuer des travaux lourds, il se justifiait de retenir un abattement minimum de 20% dans le cadre du calcul du degré d'invalidité.

Le Dr F_____ retenait une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que la chambre de céans ne pouvait pas reconnaître une capacité de travail supérieure à ce taux.

À l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un rapport établi le 11 mai 2017 par le Dr F_____. En substance, ce médecin a relevé la « haute tenue » de l'expertise du 16 novembre 2016 et le fait qu'elle décrivait relativement bien les problèmes de l'intéressée. Toutefois, selon lui, les experts avaient sous-estimé l'impact de la peur du cancer chez la recourante, de son passé rhumatologique, du diabète sur les douleurs, de la maladie de Chagas dans ce contexte, et des douleurs induite par l'anti-aromatase. Son nouveau médecin traitant, soit la doctoresse M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, avait décidé, à juste titre, d'engager une nouvelle prise en charge, notamment sous l'angle psychiatrique, par la doctoresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr F_____ estimait que la capacité de travail retenue était erronée et qu'une nouvelle expertise rhumatologique était nécessaire, en raison du terrain sous-jacent probablement exacerbé par la médication contre le cancer, par son effet nociceptif pouvant affecter notamment les articulations des poignets, ce qui coïncidait avec le syndrome du tunnel carpien et des formes de ténosynovite. Il convenait de réévaluer la capacité de travail en 2019, à l'issue du traitement contre le cancer.

Le cancer du sein était de bon pronostic avec un traitement conservateur, mais complété par une radiothérapie ayant généré un syndrome algique chronique du sein gauche et objet d'un remaniement de la glande appelée dystrophie fibrokystique à droite et de fibrose nodulaire des cicatrices à gauche dans un terrain de « seins denses » difficile à surveiller et présentant actuellement un nodule cicatriciel qu'il convenait de surveiller. Le syndrome de polyarthropathie affectait

notamment les épaules mais surtout les poignets et les doigts, induit par les anti-aromatases et associé à un syndrome du tunnel carpien opéré à gauche mais toujours actif à droite. Elle souffrait également de douleurs musculaires de type myopathie chronique induites par les anti-aromatases avec poussées intermittentes. Sa dysthymie avec probable syndrome dépressif rendait la prise en charge difficile (risque focalisé sur le problème organique, humeur dépressive, apathie, perte de l'estime de soi, épisodes de mélancolie, sentiment de devoir être punie et démoralisation, éventuellement renforcés par la médication contre le cancer). À cela s'ajoutaient son diabète non insulino-requérant, une hypertension artérielle, un épuisement du capital veineux périphérique et une cataracte non opérée. Enfin, l'assurée présentait également des troubles de la concentration et de la mémoire découlant probablement d'un effet hormonal de type ménopause et d'un état dépressif renforcé par le traitement contre le cancer. Ces atteintes avaient un effet sur sa capacité de travail. Quant aux problèmes veineux et aux céphalées intermittentes, ils étaient sans conséquence sur la capacité de travail.

Les experts avaient bien mis en évidence les limitations fonctionnelles. Ils n'avaient toutefois pas tenu compte du sein gauche douloureux et qui devait être confirmé sous l'angle de la fibrose, soit un élément tensionnel se répercutant lors des changements de position. Si les limitations fonctionnelles étaient exactes, leurs répercussions étaient mal définies et ne permettaient pas à des non experts de comprendre l'intensité du problème, notamment chez une personne de petite taille. L'élément de fatigue était lourdement sous-estimé dans ce contexte.

Actuellement, la capacité de travail et le rendement de la recourante étaient faibles, soit de l'ordre de 20 à 30%, compte tenu des douleurs, de la fatigue, de l'instabilité à la marche et de l'état dépressif très probable, qui devait être confirmé par le prochain examen spécialisé. Dans ce contexte, l'usage de psychotropes n'était pas totalement dénué d'effets, notamment en raison des interactions avec les médicaments anticancéreux qui les rendaient moins actifs. La situation socio-économique actuelle rendait la réinsertion potentielle encore plus difficile. Son état était stationnaire.

28. Par décision du 7 juin 2017, la recourante a été admise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 24 avril 2017.
29. Dans sa réponse du 20 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Ladite décision se fondait notamment sur une instruction médicale complète et en particulier sur l'expertise pluridisciplinaire de la PMU du 16 novembre 2016, qui remplissait les critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, ainsi que sur une analyse approfondie du SMR.

S'agissant des griefs de la recourante, l'intimé a précisé plusieurs points.

La conduite de l'expertise était laissée au libre arbitre des experts, dans les limites du mandat confié. Ainsi, le fait que ces derniers n'aient pas contacté les médecins

traitants ne signifiait pas que leurs conclusions n'étaient pas probantes, mais qu'ils avaient tous les éléments nécessaires pour se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

En ce qui concernait le diagnostic psychique retenu, soit une dysthymie, les experts l'avaient retenu de manière claire et motivée, sur la base de l'entretien, de l'anamnèse et des rapports médicaux figurant au dossier.

Pour ce qui était des diagnostics de trouble somatoforme douloureux et/ou fibromyalgie, les experts les avaient clairement exclus, après analyse des indicateurs pertinents.

Les experts avaient également tranché la question du rendement de la recourante, considérant qu'il était diminué de 20% dans le cadre d'une activité à plein temps et normal dans une activité à 80%.

À l'appui de ses écritures, l'intimé a produit un avis du SMR établi le 15 juin 2017 par la Dresse H_____. Selon elle, le rapport du 11 mai 2017 du Dr F_____ ne remettait pas en cause les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus par les experts de la PMU, mais leur impact sur la capacité de travail. Il mettait également en avant la situation psychosociale de la recourante et retenait qu'une activité compatible avec les limitations fonctionnelles était difficile à trouver dans la situation socio-économique actuelle. Le Dr F_____ attestait que le syndrome d'arthralgie était habituellement léger à modéré. La recourante ne présentait pas les facteurs favorisant et les atteintes objectivables des cas sévères. Comme l'avaient retenu les experts, les douleurs de l'intéressée n'entravaient pas ses activités de la vie quotidienne mais les ralentissaient un peu. Le Dr F_____ soulève que l'atteinte rhumatologique préexistante avait été exacerbée par le traitement d'anti-aromatase. Cependant, comme le relevait le Dr K_____, les limitations fonctionnelles entraînées par l'atteinte rhumatologique étaient très légères. La symptomatologie thymique était évoquée par le Dr F_____. La recourante avait été adressée à un psychiatre, mais ne l'avait pas encore vue. Aucun traitement psychotrope n'était en cours. En outre, lors de l'expertise, la recourante ne ressentait pas le besoin de consulter un psychiatre et/ou de prendre un traitement. Une dysthymie n'avait pas d'impact sur la capacité de travail sur le plan psychique. La dernière mammographie réalisée le 27 avril 2017 mettait en évidence un nodule calcifié compatible avec un granulome calcifié. Dans ce contexte, une récurrence était peu probable, ce que relevait le Dr F_____. Le bon pronostic était également relevé par les experts oncologues. En présence de douleurs diffuses, les experts avaient analysé la présence d'un trouble somatoforme douloureux, qui n'avait pas été retenu en l'absence du sentiment de détresse. À la lecture du rapport d'expertise, les indicateurs de la jurisprudence avaient été analysés. Dès lors, les symptômes rapportés par le Dr F_____ avaient fait l'objet d'une analyse fouillée et approfondie dans l'expertise. Aucun élément nouveau antérieur à la décision entreprise et susceptible de la modifier n'avait été versé au dossier.

30. Par courrier du 14 juillet 2017, la recourante a intégralement contesté les allégués de l'intimé et persisté dans son argumentation et ses conclusions.
31. À la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

-
4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
 6. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
 7. 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).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la

santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

9. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), mais ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels

propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

10. 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. A 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.

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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26

janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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. A 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).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière

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

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

13. En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'indépendante dans le transfert d'argent ou dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, est nulle du 7 janvier au 30 juin 2014, de 50% du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014 et de 80% dès le 1^{er} janvier 2015. Ainsi, le 7 janvier 2015, à l'échéance du délai d'attente d'une année, son incapacité de gain était de 20%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se fonde sur l'expertise de la PMU du 16 novembre 2016, ainsi que sur les rapports du SMR des 7 février et 15 juin 2017 qui s'y rapportent.

Quant à la recourante, s'appuyant sur les rapports des Drs E_____ et F_____, elle conteste la valeur probante de l'expertise de la PMU et considère que sa capacité de travail ne saurait excéder 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui lui donnerait le droit à une rente entière d'invalidité.

En l'occurrence, l'expertise de la PMU est fondée sur une étude du dossier et un examen clinique de la recourante, pour chacune des spécialités médicales pertinentes. Les experts se sont fondés sur le dossier mis à leur disposition, l'examen de médecine interne du 6 septembre 2016, le consilium d'oncologie du 21 septembre 2016, le consilium de rhumatologie du 28 septembre 2016 et le consilium psychiatrique du 4 octobre 2016. Ils ont rappelé le contexte de l'expertise, résumé les pièces médicales figurant au dossier, exposé l'anamnèse de la recourante, fait état de ses plaintes et de leurs constatations objectives, avant de poser leurs diagnostics et de répondre aux questions posées par l'OAI. Les diagnostics retenus sont clairs et découlent directement des constatations objectives telles qu'elles ressortent de l'expertise. Leurs conséquences ou non sur la capacité de travail sont motivées de manière complète et convaincante, étant précisé que les conclusions des experts ont été prises après une discussion dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 8 novembre 2016. Dès lors, cette expertise répond aux exigences de la jurisprudence et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même pour les avis du SMR qui s'y rapportent.

Cela étant, la recourante fait valoir plusieurs griefs à l'encontre de cette expertise.

Elle reproche tout d'abord aux experts de ne pas avoir pris contact avec ses médecins traitants alors même que les derniers éléments médicaux figurant au dossier dataient de 2012, soit trois ans avant l'expertise. Cela étant, elle n'explique pas ce que ses médecins auraient pu apporter de plus à l'expertise, laquelle se fonde sur les avis médicaux figurant au dossier et sur des examens cliniques approfondis réalisés par des spécialistes dans les domaines de la médecine interne générale, de la rhumatologie, de l'oncologie et de la psychiatrie (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_661/2017 du 19 janvier 2018 consid. 4.2). En tout état de cause, force est de constater que contrairement à ce que soutient la recourante, les derniers rapports médicaux versés au dossier datent de 2015, soit un an avant la réalisation de

l'expertise, ce qui constitue actuellement un délai usuel dans le contexte d'une expertise pluridisciplinaire.

La recourante fait également grief aux experts d'avoir ignoré sa maladie de Chagas. Tel n'est pourtant pas le cas, puisqu'à la lecture de l'expertise, il apparaît que ceux-ci l'ont diagnostiquée, tout en constatant qu'elle n'avait aucune expression clinique, donc aucune incidence sur la capacité de travail de l'intéressée.

Quant à l'argument que les experts n'auraient pas tenu compte de l'évolution potentielle de son cancer du sein et des effets secondaires du traitement, il tombe également à faux. En effet, les experts ont relevé que le pronostic actuel du cancer du sein était bon et que le traitement y relatif devait se poursuivre jusqu'en 2019. En l'absence d'éléments médicaux démontrant une évolution négative de ce cancer, ce qui est confirmé par le Dr F_____, la recourante ne saurait critiquer l'appréciation des experts. Sur la question des effets secondaires du traitement, la position de la recourante est d'autant plus surprenante qu'il ressort clairement de l'expertise qu'une partie des limitations fonctionnelles et de l'intensité des troubles présentés par l'intéressée est mise en relation directe avec la prise dudit traitement, ce qui a une influence sur la capacité de travail, selon les experts.

En ce qui concerne le fait que l'expertise n'examinerait pas si le diagnostic de fibromyalgie est incapacitant, il convient de relever qu'aucun des médecins traitants ou experts n'a retenu un quelconque diagnostic de fibromyalgie. Dans le cadre de la discussion du cas, les experts se sont contentés d'écarter la possibilité d'un trouble somatoforme douloureux, en l'absence des critères nécessaires à son diagnostic, en particulier d'une comorbidité psychiatrique d'intensité suffisante.

La recourante ne saurait pas non plus être suivie lorsqu'elle soutient que les experts n'ont pas tenu compte d'une diminution de rendement dans l'évaluation de sa capacité de travail. En effet, il ressort clairement de l'expertise que l'intéressée présente soit une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, soit une capacité de travail de 80%, sans diminution de rendement, ce qui revient au même du point de vue du calcul du degré d'invalidité.

Enfin, l'intéressée reproche aux experts d'avoir sous-estimé sa situation rhumatologique et psychiatrique et sa fatigue, d'avoir retenu une dysthymie et non un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, et d'avoir considéré que sa capacité de travail était de 80%, alors que le Dr F_____ la fixait à 20%. En réalité, la recourante se contente de substituer sa propre appréciation et celle du Dr F_____ à celle des experts, ce qui ne saurait être suffisant pour s'écarter de leurs conclusions. En effet, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise

en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

S'agissant des rapports des Drs E_____ et F_____ antérieurs à l'expertise, ils ont été pris en compte par les experts. On relèvera également que l'expertise visait précisément à clarifier les éléments soulevés à l'époque par les médecins traitants de la recourante.

Enfin, en ce qui concerne le rapport du 11 mai 2017 du Dr F_____, il apparaît que ce dernier reconnaît la qualité du travail des experts et la justesse des limitations fonctionnelles retenues dans l'ensemble, mais que son appréciation de la capacité de travail diffère. En effet, selon le Dr F_____, l'expertise sous-estime plusieurs aspects de l'état de santé de la recourante. Or, selon la jurisprudence, le simple fait qu'un médecin traitant ait une appréciation différente du cas ne saurait suffire à remettre en question les conclusions d'une expertise, en l'absence d'éléments objectifs ignorés par les experts et suffisamment pertinents. En l'occurrence, le rapport du Dr F_____ ne contient pas de tels éléments, de sorte qu'il ne permet pas de s'écarter des conclusions de l'expertise de la PMU. En outre, il convient de constater que l'appréciation de la capacité de travail de la recourante par le Dr F_____ repose à plusieurs égards sur le contexte psycho-social de l'intéressée, ce qui n'est pas pertinent pour l'assurance-invalidité, ainsi que sur des hypothèses non réalisées ou non vérifiées, malgré plusieurs années de traitement, en rapport avec l'évolution potentielle du cancer du sein, les effets de la maladie de Chagas et les troubles psychiques de la recourante. L'ensemble de ces éléments ne permet pas de reconnaître une valeur probante à ce rapport, et par conséquent de s'écarter de l'expertise de la PMU.

La valeur probante de l'expertise étant établie, la chambre de céans dispose de tous les éléments nécessaires à la résolution du litige, de sorte que ni l'audition des Drs M_____ et N_____, ni la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne s'avèrent nécessaires.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé considère la recourante capable de travailler à 80% dans son activité habituelle ou toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et lui nie le droit une rente d'invalidité, sur la base de l'expertise de la PMU. On ajoutera encore que dans la mesure où la recourante peut exercer son activité habituelle, aucune mesure d'ordre professionnelle ne se justifie.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas mis d'émolument à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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