

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3156/2010

ATAS/1195/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2011

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame E _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame E_____ (ci-après l'assurée), ressortissante bolivienne née en 1961, est arrivée en Suisse en 1998 et a été engagée dès le 6 août 1998 en tant que dame de buffet par un hôtel-restaurant. Elle est la mère d'un fils né en 1987 et aura un second fils en 2002.
2. Selon une déclaration d'accident du 30 juillet 1999, l'assurée a fait une chute en portant des caisses de bouteilles à son travail le 18 janvier 1999. En raison de douleurs suite à cette chute, l'assurée a cessé de travailler dès le 23 janvier 1999.
3. L'assurée a été en incapacité totale de travail du 25 janvier au 21 février 1999, puis en incapacité à 50 % du 22 février au 14 mars 1999. Dès le 15 mars 1999, la patiente a recouvré sa capacité de travail, mais une nouvelle période d'incapacité totale est survenue à compter du 25 mars 1999.
4. Selon les rapports médicaux des divers médecins consultés, l'assurée présentait une hernie discale, de l'arthrose et des lésions dégénératives, une lombo-sciatalgie, un état dépressif, leurs avis sur sa capacité de travail étant divergents.
5. Lors d'une hospitalisation à la Division de rhumatologie de l'Hôpital cantonal en raison d'une fibromyalgie en janvier 2000, une symptomatologie psychiatrique importante avait été décelée, raison pour laquelle l'assurée avait été suivie également par le service de psychiatrie, les médecins diagnostiquant un état dépressif sévère sans caractéristique psychotique dans un contexte de douleurs chroniques, cette symptomatologie étant exacerbée suite à son licenciement et en raison d'un conflit de couple latent.
6. Le 15 mars 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), visant à l'obtention d'une rente en raison d'un syndrome post-traumatique, de lombalgies et de fibromyalgie, le Dr L_____ attestant que l'assurée était en incapacité totale de travailler dès le 25 mai 1999 pour une durée indéterminée en raison de fibromyalgie, d'un syndrome douloureux post-traumatique et de lombalgies chroniques. Globalement, une reprise du travail semblait difficile. La patiente souffrait parallèlement d'un état dépressif grave difficilement accessible pour l'instant.
7. Le 4 mars 2003, l'assurée a été examinée pour le compte du Service médical régional Léman (ci-après : SMR) par le Dr M_____, psychiatre, lequel a diagnostiqué un trouble de l'adaptation ainsi qu'une fibromyalgie. Au moment de l'examen SMR, l'état dépressif s'était amendé, selon l'assurée, depuis la naissance de son fils en 2002 et ne jouait pas de rôle en termes de limitations fonctionnelles. Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ne constituait pas en soi une

comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie, qui continuait à gêner l'assurée, mais n'entraînait pas de retrait social complet, ni de surconsommation médicale. En l'absence d'évaluation psychiatrique attestant de l'évolution de sa capacité de travail exigible, on pouvait estimer que son état psychique était compatible avec une reprise d'activité à 50 % dès le 1^{er} juillet 1999 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2000.

8. Par décision du 26 août 2003, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2000. L'examen réalisé par le SMR permettait de considérer que l'état de santé de l'assurée était compatible avec la reprise d'une activité à 50 % dès le 1^{er} juillet 1999 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2000. Suite à l'opposition de l'assurée et au courrier de son médecin traitant, l'OAI a fait procéder à un examen rhumatologique de l'assurée.
9. Le 7 janvier 2004, le Dr N_____, rhumatologue, a procédé à un examen clinique pour le compte du SMR et posé les diagnostics de trouble dégénératif lombaire étagé discret et fibromyalgie. Radiologiquement, l'assurée présentait des troubles dégénératifs incontestables, qui ne pouvaient toutefois expliquer la symptomatologie évoquée par l'assurée, mais qui déterminaient des limitations fonctionnelles. La capacité de travail exigible était de 100 % pour autant que l'assurée puisse alterner la position assise et debout au moins une fois toutes les heures, qu'elle évite le port de charges supérieures à 10 kg, qu'elle ne travaille pas en porte-à-faux statique prolongé du tronc ni sur des engins vibrants. Dès le mois de janvier 1999, une activité respectant ces limitations fonctionnelles aurait été exigible sur le plan bio-mécanique.
10. Par décision sur opposition du 7 juillet 2004, l'OAI a confirmé sa décision initiale.
11. Par arrêt du 10 mai 2005, le Tribunal a rejeté le recours de l'assurée, motifs pris que les rapports du SMR remplissaient les exigences posées par la jurisprudence et avaient dès lors pleine valeur probante, les diagnostics et conclusions sur les plans psychiatrique et rhumatologique permettant de confirmer la capacité de travail exigible à 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites.
12. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 26 mai 2006, pour l'octroi de moyens auxiliaires, soit une prothèse et un soutien-gorge, suite à une chirurgie mammaire effectuée en raison d'une maladie cancéreuse. Par une seconde demande, déposée le même jour, elle a sollicité l'octroi d'une perruque, au titre de moyen auxiliaire, suite à une chimiothérapie.
13. Par décisions du 31 mai 2006, l'OAI a octroyé la perruque, ainsi que la prothèse mammaire et le soutien-gorge demandés.

14. L'assurée a déposé le 19 octobre 2007 une demande de prestations d'invalidité pour l'octroi d'une rente, en raison du traitement du cancer du sein, d'un état dépressif sévère, ainsi que d'une hernie discale dans le cadre d'une fibromyalgie.
15. Selon le courrier de l'Office cantonal de l'emploi du 6 novembre 2007, l'assurée s'est inscrite en dernier lieu le 25 janvier 2006, le délai-cadre ouvert est échu le 24 janvier 2008 et le gain assuré fixé à 2'213 fr. L'activité recherchée est dame de buffet et l'assurée a bénéficié d'une mesure IPT du 18 au 26 avril 2007.
16. Selon un rapport médical du 17 décembre 2007, le Dr L_____, médecin traitant, indique que l'assurée est incapable de travailler à 100 % depuis le 25 mai 1999, en raison d'un état dépressif, d'une hernie discale et d'une fibromyalgie, auxquels s'est ajouté, dès 2006, un carcinome canalaire invasif au sein gauche. Selon les divers rapports médicaux des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) joints au rapport du Dr L_____, l'assurée a suivi une mastectomie et un curage axillaire des niveaux 1 et 2 le 1^{er} mars 2006, une chimiothérapie de mars à juillet 2006, puis une radiothérapie du 8 août au 19 septembre 2006.

Le rapport du 1^{er} juin 2007 du département de psychiatrie diagnostique une réaction aiguë à un facteur de stress, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, une fibromyalgie. La patiente a été hospitalisée du 19 au 29 mai 2007. Ayant présenté des idées suicidaires aiguës, l'ayant amenée au bord du lac avec le projet concret d'une noyade, jusqu'à ce que des passants l'accompagnent aux urgences psychiatriques, la patiente, à la sortie, a une thymie modérément triste, sans idées noires, et ne présente pas de symptôme de la lignée psychotique. Il n'y a pas de risque d'auto et d'hétéro-agression.

17. Selon le rapport médical du 13 décembre 2007 du Dr O_____, de l'unité d'onco-gynécologie des HUG, le diagnostic est une fibromyalgie et un carcinome canalaire invasif. L'incapacité de travail, qui n'est pas précisée, est en premier lieu liée à la fibromyalgie, le médecin invitant l'OAI à s'adresser au médecin traitant.
18. Selon l'avis médical du SMR du 3 mars 2008 (Dresse P_____), il convient d'interroger le psychiatre traitant, compte tenu du fait que le rapport du service d'oncologie décrit une asthénie majeure, des douleurs articulaires diffuses, une altération de l'état général et un manque d'énergie, sans se prononcer sur la capacité de travail.
19. Selon le rapport du Dr L_____ du 5 mars 2008, sa patiente se plaint de tristesse, fatigabilité, irritabilité, douleurs musculaires omniprésentes, avec lourdeur des bras, lombalgies. Les diagnostics sont inchangés.
20. Selon le rapport médical du 22 avril 2008 du Dr Q_____, chef de clinique au service de psychiatrie adulte, programme dépression, des HUG, la patiente est suivie depuis le 10 octobre 2007. Les diagnostics sont trouble dépressif récurrent,

léger à moyen (F33.1), syndrome douloureux persistant, conflits de couple et familial, fibromyalgie. L'hospitalisation du 19 au 29 mai 2007 est confirmée. L'état actuel est une symptomatologie dépressive, fluctuante, légère à moyenne, avec tristesse, désespoir, irritabilité, diminution de l'appétit, diminution de la concentration. Subjectivement, l'incapacité de travail est à 100 % en raison de douleurs multiples et des symptômes susmentionnés. Objectivement, d'un point de vue psychiatrique, la patiente semble être capable d'exercer une activité régulière adaptée à 50 %, mais avec un rendement diminué d'au moins 30 %. A ce pourcentage, s'ajoutent les limitations causées par les maladies somatiques, selon le médecin traitant. Le pronostic est réservé, en raison des facteurs négatifs tels une évolution chronique, une polymorbidité, les traitements antérieurs n'ayant pas permis de réintégration professionnelle depuis 1999. Selon rapport annexé, datant du 16 novembre 2005, du programme dépression, la patiente présentait alors un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, ainsi qu'un syndrome douloureux persistant, les symptômes étant une thymie triste, asthénie, irritabilité, douleurs chroniques, trouble du sommeil.

Selon l'avis de la Dresse P_____ du SMR du 28 juillet 2008, en raison des divers rapports médicaux produits, un examen rhumatologique et psychiatrique est proposé.

21. L'assurée a été examinée par les Dr R_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et Dr S_____, psychiatre, tous deux auprès du SMR, le 19 août 2008. Leur rapport médical du 29 août 2008 contient une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, actuelle, par systèmes, ostéo-articulaire, psychosociale et psychiatrique. La vie quotidienne est décrite, le status général, neurologique, ostéo-articulaire et psychiatrique est décrit. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont des dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs lombaires (hernie discale L5-S1), douleurs résiduelles au niveau de la paroi thoracique et du membre supérieur gauche, status après mastectomie gauche, aucun diagnostic n'étant retenu sur le plan psychiatrique. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont le status après réduction et reconstruction mammaire, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission.

L'anamnèse précise qu'en 2005, l'assurée ne supportant plus les douleurs et étant très angoissée, elle est adressée en urgence aux HUG, puis au Centre de thérapie brève. Elle est ensuite suivie par la Dresse T_____, au Centre de thérapie brève et un traitement d'antidépresseur est introduit. L'assurée indique une amélioration à partir de janvier 2006, raison pour laquelle elle s'inscrit au chômage en janvier 2006 à 100 %, mais elle est déclarée inapte en juin 2007. Entre-temps, elle a subi une intervention chirurgicale due au cancer du sein en mars 2006 et a été en arrêt-maladie jusqu'en juin 2007. Elle est actuellement suivie par le Dr U_____, à la Consultation psychiatrique de la Jonction, 1x / 15 jours, en

alternance avec des entretiens d'infirmière également 1x / 15 jours. Lors de l'examen médical, le déshabillage se réalise au ralenti. L'assurée adopte des attitudes d'épargne globale et fait état d'une symptomatologie diffuse et d'une difficulté à se mobiliser générale. Les médecins indiquent que tous les points de fibromyalgie selon Smythe sont positifs, également avec les points de contrôle. Tous les signes de non-organicité selon Waddel en faveur d'un processus non organique sont positifs. Toute mobilisation ou palpation est décrite comme douloureuse. S'agissant du status psychiatrique, les médecins font état d'un discours cohérent et adéquat, l'assurée étant plaintive tout au long de l'entretien, d'absence de trouble de l'attention et de la concentration. Quelques difficultés en ce qui concerne la mémoire d'évocation. L'assurée se dit irritable à cause des douleurs. Les médecins notent une absence de trouble du cours de la pensée ou du contenu, d'attitude d'écoute ou d'hallucinations auditives. L'assurée exprime une tristesse et des ruminations existentielles liées aux douleurs. Une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités agréables, également due aux douleurs. En ce qui concerne l'image de soi, l'assurée dit se sentir détruite, pleine de cicatrices et ne pas pouvoir envisager l'avenir. Il y a une diminution de l'appétit, une absence de libido, pas de symptomatologie anxieuse de type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien.

S'agissant de l'appréciation du cas, les médecins indiquent se trouver en présence d'une assurée poly-plaintive, adoptant un comportement caricatural avec une démarche spontanée ralentie, une augmentation du polygone de sustentation, des difficultés à se mobiliser de façon générale, attitude en contradiction par rapport à la mobilité spontanée complète en position assise lors de l'anamnèse, sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique particulier. L'assurée porte le membre supérieur gauche en écharpe lors de son arrivée, puis le mobilise sans épargne ou douleur. L'examen ostéo-articulaire ne met en évidence aucune limitation, les médecins ayant renoncé à pratiquer un complément d'investigation radiologique. En conclusion, l'assurée présente une symptomatologie algique chronique polymorphe touchant le corps dans son ensemble, évoluant depuis 1999, à la suite d'un traumatisme mineur survenu dans le cadre de son activité professionnelle. L'évolution sur le plan médical est marquée par l'apparition d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche traité par mastectomie, curage axillaire, chimio et radiothérapie, puis reconstruction mammaire entre mars 2006 et février 2008, une intervention chirurgicale étant programmée en novembre 2008 pour des corrections cicatricielles. S'agissant du plan psychiatrique, l'état psychique de l'assuré est lié à ses douleurs, et dans ce sens, d'après la jurisprudence, ne peut pas être tenu en compte comme étant une comorbidité psychiatrique à part. Tout au plus, l'assurée présente une dysthymie, c'est-à-dire une humeur dépressive chronique réactionnelle aux douleurs, mais les plaintes psychiques font partie d'un sentiment de détresse qui fait partie dudit syndrome. Une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée n'est pas constatée. Il n'y a pas de

perte d'intégration sociale, le trouble dépressif de juin 2005 a répondu favorablement à un traitement conforme aux règles de l'art.

S'agissant des limitations fonctionnelles, les médecins retiennent : pas de port de charges supérieures à deux kilos au niveau du membre supérieur gauche, pas de mouvement en anté-pulsion au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle de 90° à gauche, pas d'activité en hauteur en ce qui concerne le membre supérieur gauche, pas de position statique au-delà de quarante minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de mouvement en anté-flexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance à répétition, pas de position statique debout au-delà de dix à quinze minutes, diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure, pas d'activité sur terrain instable, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Les médecins retiennent une incapacité de travail de 100 % de mars 2006 à fin mars 2008, soit deux mois après la dernière intervention chirurgicale de février 2008. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail peut être retenue de juin 2005 à janvier 2006. Depuis fin mars 2008, l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui respecte ses limitations fonctionnelles, une diminution de rendement de 15 % peut être retenue. Au vu de la pathologie de l'assurée, de l'absence d'activité professionnelle sur une longue période et d'un déconditionnement musculaire après interventions chirurgicales multiples, une période de réadaptation progressive à l'effort et au travail sur six à neuf mois doit être prise en considération avec une reprise progressive de la capacité de travail ne dépassant pas 50 % dans un premier temps. A terme, la capacité est évaluée à 100 % avec une diminution de rendement maximum 15 %.

22. Selon l'avis du Dr V_____ du SMR du 15 septembre 2008, l'IRM que l'assurée a effectuée dix jours après l'examen du SMR et qui relève des troubles dégénératifs et statiques étagés du rachis lombaire ne modifie en rien la conclusion. Donc, la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle depuis 1999. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée, théoriquement dès mai 2008, et non pas mars, avec une baisse de rendement de 15 %, en tenant compte d'une période de réadaptation de six à neuf mois pendant laquelle la capacité de travail ne devrait pas dépasser 50 %.
23. Selon le rapport de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 7 janvier 2009 par l'OAI, il convient de diviser l'évaluation des empêchements en trois périodes différentes, l'une avant l'atteinte à la santé, soit avant mars 2006, l'autre de mars 2006 à mai 2008 (traitement du cancer et dépression), la troisième dès le 1^{er} mai 2008. Les divers postes du ménage sont examinés pour chaque période. Globalement, l'empêchement est inexistant pour la première période, de 54,5 % pour la deuxième période et de 14,75 % pour la troisième période. Parmi les remarques de l'enquêtrice, la seconde période implique des empêchements très importants, en raison des traitements de chimiothérapie, de radiothérapie, des

hospitalisations. Les empêchements sont retenus entre 30 et 60 % selon les postes. Pour la troisième période, les empêchements retenus sont faibles, de 0 à 15 %, les limitations étant fondées sur les dires de l'assurée, qui est découragée, a de la difficulté à soulever les casseroles, n'a pas le courage de faire la poussière, ne peut pas porter les courses, délègue la lessive à son fils, n'a plus d'activités avec son fils cadet (piscine, promenades, réunions d'école). Le status est mixte, à raison de 50 % dans la sphère professionnelle et 50 % dans le ménage.

24. La détermination du revenu avec et sans invalidité est effectuée le 20 août 2009. Le premier est fixé selon ESS 2008, TA1, femme, niveau 4, en 2008, soit 51'983 fr. Avec un abattement de 15 %, le revenu est de 44'186 fr. Le second est fondé sur le revenu de 2006 avant l'atteinte à la santé, réactualisé à 2008, soit 51'984 fr.

25. Par projet de décision du 31 août 2009, l'OAI envisage d'accorder une rente entière à l'assurée du 1^{er} mars 2007, à l'issue du délai de carence, au 31 mars 2008, en raison de l'amélioration de la capacité de travail dès le 1^{er} avril 2008. Pour la première période, le calcul est le suivant :

- activité professionnelle : 50 % x 100 % d'empêchement	50 %
- activité ménagère : 50 % x 53,5 % d'empêchement	<u>26,5 %</u>
- degré total d'invalidité	77 %

26. Pour la seconde période, le calcul est le suivant :

- taux d'invalidité sur la base des revenus avec et sans invalidité susmentionnés	15 %
- activité professionnelle 50 % x 15 %	7,5 %
- activité ménagère 50 % x 14,75 % d'empêchement selon l'enquête ménagère	<u>7,4 %</u>
- degré total d'invalidité	15 %

27. Par pli du 29 septembre 2009, le conseil de l'assurée formule les observations au projet d'acceptation de rente du 31 août 2009. L'assurée fait valoir que le cancer et les traitements qui en ont résulté ont eu pour effet de revivifier, sur le plan ostéo-articulaire, les douleurs rachidiennes apparues en 1999, d'exacerber la symptomatologie algique liée à la fibromyalgie et, inévitablement, d'aggraver les troubles dépressifs. Ainsi, la situation qui prévalait en 2000, lors du dépôt de la première demande, n'est pas comparable à celle de 2006. L'OAI retient à tort une simple dysthymie, alors que le médecin traitant fait état d'un épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques, et d'une comorbidité psychiatrique d'évolution chronique. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, l'assurée remplit aujourd'hui l'ensemble des critères mis en évidence par la jurisprudence pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible. En dernier lieu, il faut tenir compte des séquelles invalidantes du cancer du sein, et en particulier du traitement

d'hormonothérapie en vigueur jusqu'en 2011 en tout cas, entraînant une asthénie persistante, ainsi qu'une douleur du membre supérieur gauche. L'assurée conclut ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2007 et pour une durée indéterminée. Elle produit une attestation du Dr W _____, psychiatre, du 25 septembre 2009, qui diagnostique un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un fonctionnement psychotique non organique, des antécédents personnels de tumeur maligne entraînant une perte d'estime de soi et un deuil compliqué de nature mélancolique. L'incapacité de travail est de 100%. L'attestation de la Dresse A _____, du département d'oncogynécologie, du 7 septembre 2009, indique que la maladie est en rémission complète actuellement, les séquelles du traitement étant une asthénie persistante, ainsi qu'une douleur du membre supérieur gauche.

28. Selon l'avis du SMR du 21 janvier 2010, si l'état psychique de l'assurée s'est aggravé avec l'apparition d'un cancer, il s'est amélioré par l'application d'un traitement ad hoc, le fait que le traitement soit lourd ne justifie pas une incapacité de travail durable. L'évolution du trouble somatoforme ou de la fibromyalgie ne signifie pas forcément une incapacité durable justifiée. Les éléments objectivés par le Dr W _____ sur le plan clinique ne permettent pas d'atteindre le niveau de sévérité retenu pour la dépression. L'évolution dans le temps, malgré le traitement suffisant, ne peut pas être vérifiée. L'attestation de la Dresse A _____ n'amène pas non plus d'élément nouveau. Il est donc impossible de modifier les conclusions du SMR du 15 septembre 2008.
29. Par décision du 18 août 2010, l'OAI octroie à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2007 au 31 juillet 2008. La motivation est la même que celle du projet de décision, sous réserve de l'amélioration de la capacité de travail dès le mois de mai 2008 seulement, au lieu d'avril 2008. Le calcul du taux d'invalidité a été revu par rapport au projet, l'OAI s'est basé sur un temps de travail de 50 % et du dernier salaire reçu du Restaurant X _____, actualisé en 2008. Il en résulte un empêchement de 6 % sur le plan professionnel, exercé à 50 %, soit un taux d'invalidité de 3 %, additionné à l'invalidité ménagère de 7,4 %, le taux global étant de 11 %.
30. Par acte du 22 septembre 2010, l'assurée forme recours contre la décision de l'OAI. Elle reprend les éléments déjà soulevés lors de ses observations. Elle critique le rapport médical du SMR des Drs R _____ et S _____. Ce dernier ne tient pas compte des nombreux symptômes, pourtant admis, en concluant que les critères de sévérité de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux ne sont pas réalisés. Elle conteste l'amélioration significative de l'état de santé psychique retenue par le psychiatre susmentionné dès janvier 2006, alors qu'elle était en plein traitement du carcinome canalaire du sein gauche ayant aggravé la symptomatologie dépressive. Il suffit pour s'en convaincre de se référer

au traitement psychiatrique hebdomadaire et psychopharmaceutique. L'assurée relève que le Dr W_____ a retenu une comorbidité psychiatrique intense et d'une durée suffisamment importante pour admettre une incapacité de travail totale. Indépendamment de l'existence d'une comorbidité psychiatrique, les autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont réalisés. La présence d'affections corporelles chroniques depuis des années est établie. La perte d'intégration sociale également, la recourante vivant totalement retirée de la société et entourée uniquement de son époux et de ses enfants. Elle a totalement épuisé ses capacités adaptatives. Les traitements en cours ne sont pas susceptibles d'améliorer à long terme la symptomatologie d'anxiété, de détresse, etc., de sorte que l'état de santé psychique est cristallisé. Les troubles psychiques litigieux se manifestent donc avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail de la recourante ne peut plus raisonnablement être exigée d'elle. Il n'y a donc aucune amélioration de la capacité de travail de l'assurée à compter du mois de mai 2008. L'assurée conclut donc à ce que la rente entière d'invalidité lui soit accordée dès le 1^{er} mars 2007 et pour une durée indéterminée.

31. Par avis du 10 novembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il cite la jurisprudence applicable aux troubles somatoformes douloureux et à la valeur probante des rapports médicaux. Il est rappelé qu'un état dépressif - même sévère - pourtant non retenu en l'espèce, ne constitue pas une comorbidité psychiatrique à un trouble somatoforme douloureux. L'assurée ne réunit pas non plus plusieurs des critères établis, qui fonderaient un pronostic défavorable. Elle ne subit ni perte d'intégration sociale, ni cristallisation de l'état psychique, sans évolution possible, le trouble dépressif étant considéré en rémission par les spécialistes du SMR.
32. Par pli du 6 décembre 2010, l'assurée a demandé à être entendue et à l'audition de ses deux médecins traitants, à titre de témoins.
33. Lors de l'audience de comparution personnelle du 11 janvier 2011, l'assurée a déclaré que suite au cancer du sein, les douleurs qu'elle ressentait déjà se sont aggravées, en particulier au niveau du dos, des muscles, des articulations, de l'épaule gauche et des maux de tête. Elle est suivie au niveau psychiatrique, chaque semaine, par le Dr W_____ depuis le cancer et auparavant au CTB. Elle est très fatiguée, ne peut plus faire le ménage et c'est son mari qui s'en occupe. Son mari et ses enfants mangent à l'extérieur à midi et à la maison, en famille, le soir. Ses copines s'éloignent d'elle, car elle est souvent trop mal pour faire la conversation. Sauf son frère, qui vit à Genève et qu'elle appelle environ une fois par mois, le reste de sa famille est en Bolivie et a de contacts téléphoniques de temps en temps. L'assurée a indiqué que son état dépressif et psychique s'est aggravé suite au cancer, ce d'autant plus qu'il a laissé d'importantes cicatrices sur son corps et elle n'accepte pas ce corps, de sorte qu'à cause de cela et des douleurs, elle n'a plus d'intimité avec son mari, avec lequel elle se dispute. Son sommeil et son appétit

sont mauvais, elle a perdu du poids. Son psychiatre a déjà tenté de changer deux fois le traitement, sans amélioration, et il propose un séjour à la Clinique de Montana. Elle consulte également son généraliste et un oncologue aux HUG. Après le cancer, elle a eu une pneumonie et de l'asthme, a des difficultés à digérer, comme conséquence de la chimiothérapie, qui a également atteint le foie et les reins. Elle n'a pas le souvenir d'avoir indiqué aux médecins du SMR une amélioration de son état de santé entre 2005 et aujourd'hui. A l'issue de l'audience, un délai a été fixé à l'assurée pour produire les rapports de ses médecins traitants.

34. Par rapport médical du 3 mars 2011, le Dr B_____, psychiatre, a attesté suivre l'assurée depuis octobre 2008, celle-ci lui ayant été adressée par le Centre de thérapie brève et son médecin traitant. S'agissant de l'évolution clinique, l'assurée a développé un syndrome douloureux persistant et un état dépressif résistant aux médicaments, suite à une chute sur le lieu de travail en janvier 1999. En 2006, un carcinome invasif, avec ablation du sein gauche, radiothérapie et traitement a eu lieu. Cette grave maladie est arrivée à la suite d'un conflit de couple et l'ablation du sein a été ressentie comme un traumatisme punitif, qui a fortement aggravé le trouble dépressif préexistant. Du point de vue psychiatrique, une hospitalisation à Belle-Idée a eu lieu en mai 2007, suivie d'un traitement au programme « Dépression » de juin 2007 à octobre 2008. Ensuite, un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré a été organisé, combinant des entretiens individuels et de couple, ainsi qu'un traitement psychopharmacologique, des techniques de relaxation, en sus de la physiothérapie et des traitements antalgiques et anti-inflammatoires. Au début du traitement, le status psychiatrique indique un état dépressif majeur sévère et un syndrome douloureux persistant. Le médecin fait la liste de traitements médicamenteux prescrits et précise que suite à l'apparition d'effets secondaires (oedèmes, nausées, vomissements, vertiges et forte suspicion d'une stéatose hépatique, une interruption du traitement psychopharmacologique a été nécessaire entre novembre 2010 et janvier 2011. S'agissant des symptômes somatiques, le médecin mentionne des douleurs musculaires des membres et du dos persistantes, avec prédominance à gauche et de degré majeur au lever le matin, compatibles avec un syndrome somatoforme douloureux. Les symptômes dépressifs sont tristesse, sentiment de subir une punition, sentiment de culpabilité, auto-reproches, fatigue, désespoir, insomnies, idées noires, diminution de l'estime de soi, perte de la motivation et manque d'appétit. Les troubles cognitifs mentionnés sont des oublis, des difficultés de concentration et de la distractibilité. Le médecin met en évidence une régression sur le plan social et personnel avec retrait, renfermement et tendance à l'interprétation et à l'idéation paranoïde. Ce sont des symptômes compatibles avec les critères d'un fonctionnement psychotique. Les liens sociaux sont conservés au minimum, grâce au travail de socialisation et de stimulation du réseau de soins. Le diagnostic est un syndrome somatoforme douloureux persistant et le trouble dépressif constitue une identité comorbide, qui s'est développée davantage dès 2007, après le diagnostic du cancer,

ce trouble présentant actuellement des éléments mélancoliques (perte irréparable de l'image corporelle, dysmorphophobie, comportement régressif, deuil compliqué face à l'ablation du sein et sentiment de vivre une expérience punitive), le syndrome dépressif ayant été cliniquement quantifié et mesuré par les médecins, la souffrance physique et psychique est sévère, avec un mauvais pronostic.

Ainsi, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome douloureux somatoforme persistant, depuis 1999 (F 45.4), un trouble dépressif récurrent, persistant, épisode actuel moyen (F 33.1) et un fonctionnement psychotique non organique, depuis 2008 (F 29), les entités sans répercussion sur la capacité de travail étant des antécédents personnels de tumeurs malignes, un conflit de couple et familial et une agression par la force physique.

Il existe une limitation significative pour les activités physiques décrites. Psychologiquement, les capacités cognitives d'attention, de concentration et de mémoire sont limitées, avec une difficulté majeure dans la capacité d'adaptation et d'investissement, dans les activités de la vie quotidienne, en raison du syndrome douloureux et du trouble dépressif, la capacité de travail de l'assurée étant actuellement de 0 %. En raison des limitations physiques et psychologiques observées, les conditions pour envisager une mesure de réadaptation professionnelle ne sont pas réalisées.

En conclusion, la comorbidité psychiatrique est constatée ; l'évolution est chronique et résistante aux traitements essayés ; les antécédents du cancer entraînent une perte d'estime de soi et un deuil compliqué d'une allure mélancolique, l'anamnèse met en évidence un manque de rémission depuis plusieurs années malgré l'utilisation ADT + anxiolytiques + neuroleptiques + antalgiques. Le médecin se prononce pour qu'un statut d'invalidité soit reconnu et qu'une rente soit octroyée et propose, si les observations cliniques sont jugées insuffisantes par le tribunal, de faire procéder à un examen neuropsychologique par un spécialiste.

35. Selon le rapport d'échographie du 9 novembre 2010 du Dr C_____, radiologue, concernant la région abdomino-pelvienne, l'assurance présente une stéatose hépatique diffuse, un status post-cholécystectomie.
36. Selon le rapport médical du 18 février 2011 de la D_____ de l'unité d'oncogynécologie des HUG, l'assurée est régulièrement suivie pour des contrôles cliniques et radiologiques dans le cadre du suivi de son cancer du sein, le médecin confirmant l'altération de son état psychologique depuis une année malgré le suivi psychiatrique, la patiente est actuellement sous hormonothérapie jusqu'en septembre 2011 et présente plusieurs effets secondaires de ce traitement, asthénie, arthralgies, myalgies et conserve une douleur à la mobilisation de l'épaule gauche, suite à l'opération, malgré les séances de physiothérapie.

37. Selon le certificat médical du 16 mars 2011 du Dr L_____, médecin traitant de l'assurée, la patiente est suivie chez lui pour une fibromyalgie depuis 1999, se manifestant par des douleurs généralisées de l'appareil locomoteur, associées à une fatigabilité importante. Les symptômes variables peuvent ne pas être présents pendant quelques jours, puis revenir pendant des semaines, subjectivement avec une douleur de l'ensemble de l'appareil locomoteur prononcée jusqu'à l'échelle de 8 sur 10, empêchant l'assurée de faire du ménage ou même de sortir de la maison pour faire des courses. Le diagnostic d'hernie discale L2-L3 et L3-L4 posé en 2008 ne pose pas de problème actuellement. Cependant, les diagnostics qui sont beaucoup plus importants sont un état dépressif majeur, ainsi qu'un carcinome invasif du sein gauche. L'ensemble des diagnostics est l'épuisement majeur associé et ne permettent pas, de l'avis du médecin, une activité professionnelle pour la patiente, en tout cas depuis 2006.

Un délai a été fixé aux deux parties pour se déterminer, suite à la comparution personnelle et à la production de ces rapports médicaux.

38. Par pli du 11 avril 2011, l'OAI a persisté dans ses conclusions et transmis l'avis du 5 avril 2011 du Dr V_____, du SMR, selon lequel l'avis du Dr L_____ n'apporte aucun élément médical nouveau, la situation ayant été évaluée dans sa globalité dans le cadre d'expertises non contestées et qui retiennent une activité adaptée exigible ; le rapport d'échographie du 9 novembre 2010, postérieur à la décision, ne modifie pas non plus les conclusions du SMR ; les douleurs évoquées par la Dresse D_____ n'apportent aucun élément nouveau, cet aspect a été amplement évalué dans le cadre d'expertises. S'agissant du rapport du Dr B_____ du 3 mars 2011, il est incohérent, aucun des traitements administrés n'a fait l'objet de mesures sanguines, de sorte que l'on ne saura jamais s'ils ont été pris correctement et sont présents dans l'organisme à des taux suffisants, de sorte qu'il n'est pas correct de retenir l'échec des traitements, dans une situation où le traitement est exigible. Le Dr V_____ rappelle que le Dr G_____ retenait un trouble dépressif récurrent avec épisodes d'intensité légère à moyenne depuis 1999, dans son rapport de 2008, et aucun élément de fonctionnement psychotique. Lors de l'examen du SMR d'août 2008, aucune affection psychiatrique n'a été retenue. Les conclusions du SMR sont donc retenues, à savoir une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle depuis 1999, et de 100 %, avec baisse de rendement de 15 %, dès mai 2008, en tenant compte de l'aménagement d'une période de reconditionnement de six à neuf mois, durant laquelle la capacité de travail ne devrait pas dépasser 50 %. Cela doit être traduit en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation professionnelle. Les limitations fonctionnelles sont confirmées.

39. Par pli du 15 avril 2011, le conseil de l'assurée a confirmé ses conclusions, à savoir l'octroi d'une rente entière d'invalidité, dès le mois de mars 2007, pour une durée indéterminée, sur la base des rapports médicaux produits, l'état dépressif majeur

s'est intensifié en 2006, suite à l'annonce du cancer. Contrairement à ce que prétend le SMR, l'assurée n'a pas vu son état de santé s'améliorer depuis le mois de mai 2008, l'évolution étant défavorable, avec l'apparition d'un fonctionnement psychotique.

40. Par pli du 2 mai 2011, la Chambre des assurances sociales a informé les parties que la cause était gardée à juger.
41. Par pli du 10 mai 2011, le conseil de l'assurée a sollicité l'audition du Dr B_____ et transmis le rapport médical de ce dernier daté du 10 mai 2011 et adressé au SMR. Le Dr B_____ souhaite clarifier à l'égard de son confrère du SMR certains éléments cliniques exposés dans son rapport. Il regrette que le SMR ne lui ait pas demandé les taux plasmatiques avant d'affirmer que l'assurée n'était pas compliant. L'état dépressif sévère a été constaté en octobre 2008 et l'intensité moyenne de ce trouble dépressif n'est pas une incohérence, mais l'évolution clinique du trouble dépressif. La compliance médicamenteuse a été confirmée par des contrôles réguliers et démontrée par les résultats de laboratoire produits. Le fonctionnement psychotique est un diagnostic que le médecin confirme, et qui concorde avec le résultat des observations cliniques. Les résultats des taux plasmatiques ont été adressés à la Cour le 13 mai 2011.
42. Compte tenu du doute qui subsiste quant au diagnostic psychiatrique retenu, en raison des divergences entre l'avis du SMR et celui du psychiatre traitant, la Chambre des assurances sociales a informé les parties qu'elle avait décidé de mettre en œuvre une expertise et leur a imparti un délai au 27 mai 2011 pour se déterminer sur les questions et faire valoir une éventuelle cause de récusation de l'expert, mandaté le 6 juin 2011.
43. L'expertise du 26 septembre 2011 du Dr H_____, psychiatre, est fondée sur 2 entretiens avec l'assurée, les entretiens téléphoniques avec le médecin traitant et le psychiatre de l'assurée, ainsi que l'ensemble de son dossier. Le rapport contient un résumé détaillé du dossier médical, une anamnèse familiale, personnelle et actuelle précise. L'expert retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et personnalité à traits schizotypiques (Z 73.1).

S'agissant de l'anamnèse, l'expert relève d'entrée que l'assurée a fourni plusieurs anamnèses différentes, de sorte qu'une tendance à la mythomanie semble se confirmer. Actuellement, elle ne parvient généralement pas à se lever avant 10 heures du matin et essaie, lorsqu'elle le peut, de faire quelques tâches ménagères restreintes. Elle mange des fruits à midi et les rares fois où elle doit sortir acheter du pain à la Migros, elle le vit comme une torture. Occasionnellement, elle épluche les légumes pour le repas du soir, qui est préparé tous les soirs par son mari, le fils

confirmant que sa mère, qui était auparavant dynamique et active, est une femme fatiguée, intolérante au bruit et incapable de se réveiller régulièrement le matin.

S'agissant des plaintes de la patiente et des constatations objectives, l'assurée est fatiguée et a mal partout, elle a peur de sortir de chez elle, elle souffre de nausées, dort certaines nuits et d'autres pas, mais dort durant la journée. Elle regarde la télévision sans comprendre et son mari la réprimande lorsqu'elle pose des questions, se plaint de son physique, oublie ce qu'elle était en train de faire et vit une perte de la libido de longue durée. L'expert observe un ralentissement de la marche, un ralentissement psychomoteur avec une mimique douloureuse, une mine souffrante et une augmentation du temps de latence avant les réponses, l'assurée ne comprenant pas bien pour quels motifs elle est expertisée. Le récit de l'assurée ne contient pas d'affect, elle est détachée, semble flotter dans son monde, sans point d'encrage, elle présente une thymie triste, entrecoupée de pleurs, une culpabilité latente avec une conviction intime d'une punition par le destin, proche d'une idée délirante, une image et une estime de soi très altérées par l'ensemble de la chirurgie liée au cancer du sein, avec un ressenti de honte, une perte de l'élan vital et une baisse du dynamisme vital. L'examen psychologique réalisé par une psychologue diplômée conclut à des capacités cognitives restreintes, soit un QI verbal de 70, un QI performance de 62 et un QI total à 64, l'expertisée se donne de la peine mais est limitée bien au-delà des difficultés linguistiques, la psychologue étant elle-même de langue maternelle espagnole.

Procédant à la discussion du cas, l'expert retient une dépression depuis 1999, avec une rémission partielle entre 2003 et février 2006. Le diagnostic de retard mental léger n'est pas retenu, malgré les tests du QI, car l'état dépressif a peut être diminué les capacités de cognition, mais le test documente le peu de ressources intellectuelles de l'expertisée. L'expert relève un lien bancal avec la réalité, qui prend naissance d'un fonctionnement psychotique de la personnalité, l'expertisée fournissant un récit réinterprété de son parcours et son vécu se rapproche d'un vécu paranoïde. Selon les récits, l'expertisée a fait des études universitaires en théologie, voire une école d'aide infirmière et qu'elle a travaillé comme aide infirmière pendant 1 an, 3 ans ou 11 ans selon les récits. Elle aurait également effectué une formation de dactylographe et on ne sait pas si son arrivée en Suisse date de 1990 ou 1998, selon les sources. L'explication de cette réalité transformée est que l'assurée tente de réparer maladroitement et de manière inadéquate un narcissisme très blessé. Ce fonctionnement d'allure psychotique remonte probablement à l'adolescence et le diagnostic Z73.1 concernant les traits de personnalité schizotypiques correspond bien au fonctionnement psychotique mis en évidence par le Dr B_____. Le syndrome somatoforme douloureux n'est pas un diagnostic pertinent au stade actuel de l'expertisée, la problématique de cette dernière se situant au niveau de l'effondrement de l'image de soi, déjà bien affaiblie avant le cancer du sein et des thérapies mutilantes consécutives, de la fatigue invalidante ainsi que d'un sentiment d'identité perturbé. La dépression qui date de 1999 s'est

progressivement améliorée, mais le cancer du sein a aggravé cet état dépressif fluctuant, qui est lié à une image de soi devenue catastrophique, à un sentiment exacerbé de mutilation et de perte de féminité et aux interactions difficiles avec autrui, ainsi qu'à la fatigue persistante, de sorte que l'assurée est totalement incapable de travailler depuis le diagnostic du cancer du sein en février 2006 et il est illusoire d'espérer une augmentation de la capacité de travail à moyen ou long terme, compte tenu du fonctionnement psychique de l'expertisée. L'intensité de la dépression depuis 2006 engendre des limitations au niveau cognitif, soit des troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, un ralentissement psychomoteur marqué et une fatigabilité permanente, le lien avec la réalité est bancale et l'assurée tend à l'interprétativité. La dépression et les faibles capacités de compensation physiques et intellectuelles empêchent toutes capacités de travail lucratives et rend aléatoire l'accomplissement des tâches ménagères légères à raison de 50 %. Le début de l'aggravation date du diagnostic du cancer du sein et implique clairement une diminution de l'incapacité de travail et de l'incapacité ménagère, une réadaptation professionnelle n'ayant aucune chance de succès.

S'agissant de l'avis du Dr S_____, psychiatre, l'expert estime qu'il n'a pas saisi de dysfonctionnement majeur de l'expertisée et n'a pas réalisé les contradictions des divers rapports qui pouvaient laisser suspecter une psychopathologie significative. Il n'a pas non plus mis en évidence les faibles ressources intellectuelles de l'expertisée, qui fabule pour compenser ses failles. L'expert rejoint l'avis du Dr B_____, qui a bien mis en évidence un fonctionnement psychotique chez l'expertisée, une interprétativité et des mécanismes projectifs, bien que le Dr B_____ surestime, de l'avis de l'expert, les capacités de l'expertisée à se réinsérer professionnellement.

44. Le rapport d'expertise a été soumis aux parties le 29 septembre 2011.
45. Par pli du 31 octobre 2011, l'OAI transmet l'avis du SMR, selon lequel le rapport du Dr H_____ répond aux critères de qualité de l'expertise médicale de sorte qu'il faut admettre que la capacité de travail est nulle, principalement pour des raisons psychiatriques, depuis l'annonce du cancer du sein en février 2006 et ce dans toutes activités. La dégradation de la capacité de travail évoque un empêchement conséquent dans la sphère ménagère, qui est stable depuis 2006, sans pouvoir affirmer qu'il est total, sans avoir évolué l'aide que peuvent apporter l'époux et les enfants, ainsi que le relatif mieux être vespéral que l'on rencontre dans les dépressions.
46. Par pli du 31 octobre 2011, l'assurée persiste dans ses conclusions, l'expertise du Dr H_____ confirmant l'incapacité depuis février 2006.
47. La cause a été gardée à juger le 2 novembre 2011.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 18 août 2010, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI (4^{ème} révision) et le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI relatives à la 5^{ème} révision. En l'espèce, les faits pertinents remontent à l'année 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit à une rente d'invalidité et le début de son versement doivent être examinés au regard des normes en vigueur avant la 5^{ème} révision pour la période du 1^{er} février 2006 au 31 décembre 2007. Toutefois, dès le 1^{er} janvier 2008, l'amélioration de l'état de santé et la suppression de la rente dès le 31 juillet 2008 doivent être examinés en fonction des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

-
3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), sera déclaré recevable.
 4. Le litige porte sur le maintien du droit à une rente entière pour l'assurée au-delà du 31 juillet 2008.
 5. Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

6. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

b) Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Depuis le 1^{er} janvier 2008, en vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI reprend la teneur de l'ancien alinéa 1^{er}.

c) En vertu de l'art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à des prestations arriérées est régi par l'art. 24 al. 1^{er} LPGa (al. 1^{er}). Si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1^{er} LPGa, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (al. 2). En dérogation à l'art. 24 al. 1^{er} LPGa, le Conseil fédéral peut limiter le droit au remboursement de certaines mesures de réadaptation exécutées avant qu'elles n'aient été agréées (al. 3).

d) Pour déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGa) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

7. 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 la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

Le juge ne s'écarte en principe 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 352 consid. 3b/aa et les références).

8. 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

9. En l'espèce, l'expertise judiciaire du Dr H_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Son rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressée, d'exams psychologiques complémentaires, il prend en considération les plaintes de la patiente ainsi que l'histoire médicale de celle-ci et ses conclusions sont bien motivées et claires. Au demeurant, tant l'assurée que le SMR, pour le compte de l'OAI, admettent cette valeur probante et retiennent en conséquence que l'assurée est totalement incapable de travailler dans toute activité depuis février 2006. Ainsi, il convient de retenir que l'assurée est incapable de travailler à 100% dans son activité de dame de buffet et dans toute activité depuis février 2006, exercée à 50%, ce qui détermine un taux d'invalidité de 50% dès cette date, sans nécessité de procéder à une comparaison des revenus.

Le SMR précise que la dégradation de la capacité de travail implique un empêchement conséquent dans la sphère ménagère, laquelle est stable depuis 2006, sans pouvoir affirmer que cet empêchement est total, compte tenu du relatif mieux-être vespéral que l'on rencontre dans les dépressions. L'OAI ne prend aucune conclusion, ni au sujet de l'empêchement ménager, ni au sujet du taux d'invalidité. Le Dr H_____ retient une incapacité de 50% de l'assurée à exercer ses activités ménagères et explique que l'aggravation de l'état psychique dès 2006 a clairement impliqué une diminution de la capacité ménagère. Les atteintes psychiques dont souffre l'assurée impliquent des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, mais aussi un ralentissement psychomoteur marqué et une fatigabilité permanente. Ainsi, les diagnostics psychiatriques finalement retenus et les limitations qui en découlent expliquent les empêchements allégués par l'assurée lors de l'enquête du 7 janvier 2009 pour la période postérieure au 1^{er} mai 2008, mais qui n'ont pas été retenus par l'enquêtrice qui s'était alors fondée sur l'avis du Dr S_____, estimant que la dépression était en rémission. Par contre, durant la période allant de mars 2006 à mai 2008, l'enquêtrice retenait d'importants empêchements dans le ménage (53,5%) en partie liés aux hospitalisations, à la fatigue et aux nausées dues à la chimiothérapie mais aussi à la dépression. Or, que l'importante fatigue soit due à une chimiothérapie ou à une dépression n'a pas d'influence sur le fait qu'elle implique un important empêchement dans la sphère ménagère. Il ressort de l'enquête ménagère que l'assurée est "découragée, sans force pour soulever les casseroles, (...)" se contente à midi de réchauffer les restes du repas préparé la veille par son mari, ne fait plus rien dans le ménage, n'a pas repris, après la chimiothérapie, les travaux de lessive que son fils effectue le samedi, a abandonné toutes les activités faites avec les enfants (promenades, piscine, réunion d'école, trajets pour se rendre à l'école), laissant même à son fils aîné le soin de laver les cheveux du cadet, etc. L'empêchement à raison de 53 % tenait compte de l'aide apportée par le mari et le fils aîné, de façon relativement importante. Ainsi, il

faut retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que les empêchements liés à l'état psychique, sans changement depuis 2006, peuvent être considérés comme équivalents à ceux admis par l'enquêtrice de mars 2006 à mai 2008, ce qui confirme les conclusions du Dr H_____ qui retient un empêchement de 50%. De même, ce taux est fixé en tenant compte de l'aide conséquente apportée par le mari et le fils aîné, dès lors qu'il ressort de l'anamnèse du Dr H_____ que l'assurée ne parvient à assumer que quelques minimales tâches ménagères: son repas de midi fait de fruits, éplucher les légumes, parfois, faire un peu de ménage léger, rarement. En conséquence, il n'est pas nécessaire d'ordonner une nouvelle enquête ménagère.

Il découle de ce qui précède que le taux d'invalidité de l'assurée doit être calculé ainsi:

	part	empêchement	invalidité
- sphère professionnelle:	50%	100%	50%
- sphère ménagère:	50%	50%	25%
- TOTAL	100%		75%

Ainsi, le taux d'invalidité supérieur à 70% donne droit à une rente entière, sans limitation dans le temps, à défaut d'amélioration de l'état de santé et d'amélioration notable de la capacité ménagère au-delà de mai 2008.

S'agissant du délai de carence d'un an, il commence à courir dès le 1^{er} février 2006, l'assurée étant totalement incapable de travailler et à 53% incapable d'accomplir ses tâches ménagères dès cette date, de sorte que le droit à la rente est ouvert dès le 1^{er} février 2007, la demande ayant été déposée le 19 octobre 2007, sous l'empire de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

10. Le recours est donc admis et la décision du 18 août 2010 est annulée. L'assurée a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2007, sans limite dans le temps.
11. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 3'000 fr. en faveur de la recourante, au vu du nombre d'écritures et d'audiences.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 18 août 2010, dit que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2007.
3. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
4. Condamne l'intimé à payer une indemnité de procédure de 3'000 fr. en faveur de la recourante.
5. 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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