RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3210/2022 **ATAS/549/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 juillet 2023

Chambre 8

En la cause

A_____ recourante
représentée par Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, divorcée en 2010, originaire de la Bosnie-Herzégovine (Sebrenica) et naturalisée suisse en 2015, a travaillé comme cuisinière diplômée dans son pays d'origine avant son entrée en Suisse en 2000. En Suisse, elle était engagée dans le secteur du nettoyage et en tant qu'employée de maison à des taux variables.

b. Depuis 2012, elle est soutenue par l'Hospice général.

B. **a.** En septembre 2017, elle a requis les prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'octroi d'une rente et/ou de mesures d'ordre professionnel.

b. Selon l'avis du 26 novembre 2018 du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), l'assurée souffrait d'un spina bifida diagnostiqué en 2001 qui est à l'origine d'une amyotrophie du membre inférieur gauche et d'une parésie des releveurs du pied. Elle présentait également un asthme bien équilibré qui s'était progressivement aggravé en 2017. Le dernier bilan respiratoire de mars 2018 a mis en évidence un asthme permanent sévère avec un syndrome obstructif sévère. Selon le SMR, la capacité de travail était diminuée de 50% dans l'activité habituelle depuis mars 2018.

c. Selon le rapport du 15 janvier 2019 de la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée était arrivée en Suisse en 2000 avec des séquelles traumatiques psychiques, sous forme d'un état anxieux permanent, en raison de la guerre en Bosnie. Elle avait travaillé comme employée de maison et dans une entreprise de nettoyage depuis 2006. En 2010, ses crises d'asthme s'étaient exacerbées, en particulier en contact des produits chimiques, raison pour laquelle elle avait donné sa démission dans l'entreprise de nettoyage. Cependant, elle avait continué le travail comme employée de maison. En 2015, elle a présenté des reviviscences du passé avec beaucoup de flash backs, cauchemars, insomnies et crises d'angoisse. Parallèlement, des myalgies étaient apparues et les douleurs ostéo-articulaires s'étaient exacerbées (arthralgies aux mains et au coude, lombalgies et cervicalgies).

d. Le 16 janvier 2019, l'assurée a informé l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) qu'elle avait toujours travaillé à plein temps. Depuis sa maladie en octobre 2012, sa situation financière s'était modifiée de façon importante, raison pour laquelle elle était aidée partiellement par l'Hospice général.

e. Le 15 février 2019, la Dre B_____ a attesté une incapacité de travail durable de 50% depuis 2010 pour le nettoyage en raison de problèmes respiratoires et des mouvements de rotation et de flexion du rachis.

f. En février 2019, un carcinome canalaire invasif a été découvert au sein droit qui a été traité par chimiothérapie et a provoqué une incapacité de travail totale.

g. Dans son avis médical du 19 juillet 2020, le SMR a constaté que l'assurée souffrait depuis plusieurs années d'une sciatalgie droite et qu'il semblait qu'elle ait reçu un coup de baïonnette au niveau de la région para-lombaire droite en 1995 pendant la guerre en Bosnie, provoquant des troubles sensitifs du membre inférieur droit. Ses médecins faisaient également état d'une fibromyalgie. La capacité de travail était de 50% depuis 1995/2010 et de 0% depuis février 2019 dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle était de 100% dès 2010 et de 0% entre février 2019 et le 4 mai 2020.

h. Le 20 juillet 2020, l'OAI a retenu provisoirement un statut mixte de 58% dans une activité lucrative et de 42% dans le ménage.

i. Selon l'enquête économique sur le ménage du 12 octobre 2020, l'assurée présentait un empêchement dans le ménage de 14,5%. Elle a indiqué qu'elle travaillait toujours à 50% dans une famille, mais qu'elle diminuerait son travail à 8h par semaine dès novembre 2020. Le travail était une thérapie pour surmonter les traumatismes de la guerre.

j. Le 14 octobre 2020, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité total à 14,79%.

k. Le 4 décembre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui accorder un trois-quarts de rente d'invalidité de février à août 2020 et de lui refuser les mesures professionnelles.

C. **a.** Le 6 janvier 2021, la Dre B_____ a contesté ce projet, considérant qu'en raison du cumul de ses affections (fibromyalgie, lombalgies et cervicalgies chroniques, asthme sévère, rhinoconjonctivite, status post-traitement par chirugie, chimiothérapie, immuno-thérapie et traitement anti-hormonal avec douleurs thoraciques, lymphœdème et asthénie, paresthésie des mains et pieds, arthralgies secondaires au Femara, syndrome de stress post-traumatique avec état anxieux et attaques de panique, troubles cognitifs récents), l'assurée était en incapacité de travail totale.

b. Par courriers des 10 janvier et 10 février 2021, l'assurée s'est opposée au projet de décision, en alléguant être complètement incapable de travailler.

c. Selon le rapport du 22 janvier 2021 du docteur C_____, spécialiste FMH en pneumologie, l'assurée présentait une incapacité de travail à 50% dans un travail à forte composante physique.

d. Selon le rapport du 30 janvier 2021 du docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, la capacité de travail de l'assurée était de tout au plus de 70% dans une activité adaptée.

e. Dans son rapport du 12 février 2021, la Dre B_____ a notamment relevé que les traitements du cancer étaient en principe terminés en juin 2020. Toutefois, afin de maintenir la rémission du cancer, l'assurée devait suivre un traitement adjuvant par une anti-aromatase (Femara) pour une durée de cinq ans. Ce traitement provoquait des effets secondaires sous forme d'arthralgies difficiles à supporter.

Par ailleurs, son état psychique s'était aggravé depuis 2019. Elle était au bout de ses forces physiques et psychiques, si bien que l'incapacité de travail était totale.

f. Le 16 février 2021, Madame E_____, psychothérapeute FSP, a attesté qu'elle suivait l'assurée depuis fin août 2018. Celle-ci présentait un état de stress post-traumatique, une modification durable de la personnalité, après une expérience de guerre et des violences collectives, et un trouble panique. Elle était à bout de force.

g. Selon l'expertise du 22 octobre 2021 du CEMEDEX par les docteurs F_____, psychiatre-psychothérapeute, G_____, spécialiste en médecine interne, H_____, oncologue, et I_____, rhumatologue, l'assurée présentait les diagnostics de spina bifida avec lombo-sciatalgies gauche avec déficit sensitif sans déficit moteur, lombalgie sur discopathie protrusive en L3-L4 et L4-L5, cervicalgie sur discopathie protrusive en C5-C6, carcinome canalaire invasif du sein droit, status après chimiothérapie néo-adjuvante, double immunothérapie, tumorectomie et recherche de ganglion sentinelle, radiothérapie et hormonothérapie, asthme permanent modéré et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Les diagnostics suivants n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail : dysthymie, rhino-conjonctivite avec composante allergique par mono-sensibilisation au pollen de frêne, hypertension artérielle et coup de baïonnette lombaire basse à gauche en 1995. Depuis 2010, sa capacité de travail était de 50% dans son activité habituelle et nulle depuis février 2019. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50%, au maximum de 60%, sur le plan oncologique depuis octobre 2021, à réévaluer dans deux ans. Sur le plan psychiatrique, elle était de 80% depuis février 2019 et au niveau rhumatologique de 100% depuis 2010. Il y avait des limitations pour les mouvements répétitifs du bras droit, le port de charges de plus de 5kg par le bras droit et l'exposition à des toxiques (polluants, poussières, polluants organiques par les pollens).

h. Dans son avis du 2 décembre 2021, le SMR a retenu une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle depuis au moins 2010, de 0% dès février 2019 et de 50% dans une activité adaptée depuis octobre 2021.

i. Le 13 mai 2022, l'OAI a déterminé le taux d'invalidité de l'assurée à 39,44% dans une activité adaptée à 50%.

j. Par projet de décision du 28 juillet 2022, l'OAI a annulé son précédent projet et a octroyé à l'assurée un trois-quarts de rente de février 2020 à décembre 2021.

k. Par décision du 1er septembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 juillet 2022.

D. **a.** Par acte du 3 octobre 2022, l'assurée a recouru contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à l'octroi d'une demi-rente depuis mars 2018 et d'une rente entière depuis février 2019, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi de mesures professionnelles. Elle

a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMEDEX et soutenu qu'il y avait lieu de suivre les avis de ses médecins traitants, selon lesquels elle présentait une incapacité de travail totale. Ayant toujours travaillé à plus 90%, avant son atteinte à la santé, elle a également fait grief à l'intimé d'avoir retenu un statut mixte.

b. Dans sa réponse du 17 novembre 2022, l'intimé a conclu à l'octroi d'une rente entière de février 2020 à décembre 2021, puis d'une demi-rente dès janvier 2022. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées, n'étant pas de nature à augmenter la capacité de gain.

c. Dans sa réplique du 3 février 2023, la recourante a requis l'audition de la Dre B_____ et du docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Elle a persisté dans ses conclusions et maintenu que l'expertise du CEMEDEX n'avait pas de valeur probante, en particulier son volet psychiatrique.

d. Par écritures du 1er mars 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

e. À la demande de la Cour de céans, le Dr J_____ lui a adressé le 12 avril 2023 un rapport détaillé. Il a précisé à cet égard avoir suivi la recourante entre 2002 et 2010 et repris le suivi dès février 2023. Il a posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme, d'état de stress post-traumatique et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Concernant le trouble d'état de stress post-traumatique, ce psychiatre a précisé que, certes, selon la CIM-10, ce diagnostic ne peut être pris en compte que pendant les six premiers mois après le traumatisme, mais que, selon l'expérience clinique courante et une large partie de la littérature psychiatrique, il y avait fréquemment une évolution chronique intermittente avec des réactivations du syndrome clinique complet. Il a en outre exclu le diagnostic de dysthymie, lequel était en fait un diagnostic d'exclusion. Quant à l'expertise du CEMEDEX, il ne partageait pas ses conclusions. Il ne pouvait pas encore à ce stade se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ayant repris le suivi de la recourante depuis trop peu de temps, mais avait l'impression qu'il finirait par conclure à une capacité de travail nulle. Il n'était pas non plus en mesure de fournir une appréciation sérieuse et crédible quant à l'évolution actuelle et ultérieure de l'état psychique depuis la reprise du suivi. Une nouvelle expertise psychiatrique lui paraissait nécessaire, dans la mesure où il estimait que l'expertise du CEMEDEX était incohérente et bancale.

f. Dans son avis du 28 avril 2023, le SMR a considéré que le Dr J_____ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif, de sorte que ses précédentes conclusions demeuraient valables.

g. Par écritures du 12 mai 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions. L'appréciation du Dr J_____ laissait d'emblée transparaître un manque d'objectivité. Par ailleurs, le psychiatre traitant contestait principalement le diagnostic de dysthymie. Il ne prenait en outre pas en considération les indicateurs jurisprudentiels pour l'examen du caractère invalidant d'une maladie

psychique. Pour le surplus, l'intimé s'est rallié à l'avis du SMR précité et a attribué une pleine valeur probante à l'expertise du CEMEDEX.

h. Dans ses écritures du 12 juin 2023, la recourante a notamment mis en exergue que le Dr J_____ a souligné que la maladie cancéreuse constituait un nouveau défi pour elle et avait entraîné un stade d'épuisement avancé. Celui-ci relevait également que, pour la première fois depuis qu'il la connaissait, elle exprimait un désespoir quant à l'incertitude de son avenir. Par ailleurs, selon ce dernier, une nouvelle expertise était nécessaire. Aussi, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Subsidiairement, elle a conclu à l'audition du Dr J_____ ou à son interpellation afin qu'il se prononce sur sa capacité de travail de façon plus détaillée, compte tenu du temps écoulé depuis sa dernière appréciation.

EN DROIT

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

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

2.

2.1 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.

2.2 Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

3.

3.1 Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

3.2 En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit est né avant le 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité entre mars 2018 et janvier 2020 et dès janvier 2022, étant rappelé que l'intimé admet dans ses conclusions le droit à une rente entière durant la période courant de février 2020 et décembre 2021 et à une demi-rente dès janvier 2022.

6.

6.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

6.2 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.

6.3 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).

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

7.3 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.4 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).

7.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

8. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

9. En l'espèce, se pose en premier lieu la question du statut de la recourante.

9.1 L'intimé a retenu initialement que la recourante exerçait avant son invalidité une activité professionnelle à 58% et accomplissait des tâches dans son ménage à 42%.

Toutefois, en admettant le droit à une rente entière entre février 2020, une année après l'incapacité de travail de 100% constatée dans l'expertise à partir de février 2019, et décembre 2021, et à une demi-rente dès janvier 2022, l'intimé a implicitement admis un statut d'active à 100% avant la survenance des atteintes à la santé, sur la base des incapacités de travail dans une activité adaptée retenues dans l'expertise.

Cela correspond à la réalité des faits. En effet, il résulte du compte individuel de l'AVS que la recourante était employée dans une ou plusieurs entreprises de nettoyage depuis 2001 et qu'elle a cumulé un emploi chez K_____ SA avec des emplois chez des particuliers depuis avril 2006 jusqu'en septembre 2010, date à laquelle elle a abandonné l'emploi dans cette dernière société. En 2007, elle a réalisé un revenu de CHF 36'668, en 2008 de CHF 39'233.- et en 2009 de CHF 44'124. Cela corrobore sa déclaration, selon laquelle elle travaillait à 100% et qu'elle a dû renoncer à son emploi dans le nettoyage en 2010 pour des raisons médicales. Le rapport du 15 janvier 2019 de la Dre B_____ le confirme également, rapport aux termes duquel la recourante a travaillé comme employée de maison et dans une entreprise de nettoyage depuis 2006, et qu'elle a donné sa démission dans l'entreprise de nettoyage en 2010, ses crises d'asthme s'étant exacerbées, en particulier en contact des produits chimiques.

Il sied en outre de constater que la recourante a divorcé en 2010 et qu'elle ne pouvait donc plus compter depuis lors sur le soutien de son mari pour subvenir à ses besoins. Elle n'a pas d'enfants et est donc totalement disponible pour un emploi à temps plein. Depuis 2012, elle doit enfin recourir à l'aide de l'Hospice général pour son entretien. Par conséquent, il ne fait pas de doute qu'en bonne santé, la recourante aurait continué à travailler à 100%, ses revenus étant insuffisants pour vivre.

10.

10.1 Sur le plan médical, la recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au CEMEDEX fin août/début septembre 2021. Dans leur rapport du 22 octobre 2021, les experts retiennent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de spina bifida avec lombo-sciatalgies gauche avec déficit sensitif sans déficit moteur, lombalgie sur discopathie protrusive en L3-L4 et L4-L5, cervicalgie sur discopathie protrusive en C5-C6, carcinome canalaire invasif du sein droit, status après chimiothérapie néo-adjuvante, double immunothérapie, tumorectomie et recherche de ganglion sentinelle, radiothérapie et hormonothérapie, asthme permanent modéré et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail : dysthymie, rhino-conjonctivite avec composante allergique par mono-sensibilisation au pollen de frêne, hypertension artérielle et coup de baïonnette lombaire basse à gauche en 1995.

Selon cette expertise, sa capacité de travail est de 50% dans son activité habituelle depuis 2010, sur le plan rhumatologique, et de 50% également dans l'activité d'employée de maison depuis 2017, au niveau de la médecine interne. Au niveau psychiatrique, la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 80% depuis février 2019 et, sur le plan oncologique, elle est nulle depuis février 2019.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 50%, au maximum de 60% avec une reprise progressive à ce taux, en raison d'une diminution de rendement

au niveau oncologique, depuis la date de l'expertise, à réévaluer dans deux ans. Auparavant, depuis février 2019, la capacité de travail est nulle jusqu'à la date de l'expertise. Sur le plan psychiatrique, elle est de 80% depuis février 2019 et au niveau rhumatologique de 100% depuis 2010. Les incapacités de travail ne s'additionnent pas.

Quant aux limitations fonctionnelles, elles sont au niveau psychiatrique en rapport avec des moments de troubles de la concentration majorés par le stress, la peur de se sentir perdue, l'anxiété et l'humeur à tonalité dépressive (dysthymie). Au niveau pulmonaire, la recourante doit éviter les efforts physiques soutenus et ne peut exercer qu'une activité légère et sédentaire dans un milieu tempéré sans exposition à la poussière ou des produits irritants pour l'appareil respiratoire. Sur le plan rhumatologique, il y a des limitations pour les efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, les positions de porte-à-faux du buste, le port de charges proche du corps de plus de 5 kg, le travail en hauteur, la montée et descente d'escaliers répétitives et l'utilisation d'engins vibrants. Seule une activité légère sédentaire entre en ligne de compte avec possibilité de changements de position. Au niveau oncologique, les mouvements répétitifs du bras droit sont proscrits.

Dans les ressources, les experts font état de ce que la recourante s'adapte bien aux règles, est très disciplinée, volontaire et battante. Elle arrive parfaitement à organiser sa vie et est socialement entourée. Ses ressources intérieures sont extrêmement élevées. Elle arrive à prendre des décisions et son discernement n'est pas altéré. Toutefois, elle se dit perturbée par son passé traumatique et ne voit pas d'issue à son incapacité de travail, se rendant compte qu'elle n'est actuellement pas capable d'envisager seule une démarche concrète vers un retour dans une activité lucrative. Il n'y a aucune incohérence. En ce qui concerne la symptomatologie évoquée par sa psychologue dans son rapport du 16 février 2021, elle ne constitue pas un empêchement à travailler.

Dans les plaintes, l'expert psychiatre relève que la recourante se sent démoralisée et triste, sans objectifs, pleurant beaucoup avec des idées noires, voire des velléités suicidaires. Elle se plaint de différentes douleurs évoquant une fibromyalgie, selon elle. Quand elle se sent en difficulté, n'arrivant pas à faire quelque chose, ou si elle ne peut pas aider quelqu'un, elle a des attaques de panique. Elle continue à ressentir un stress post-traumatique avec des images intrusives des scènes de guerre vécues en Bosnie, occasionnant des troubles du sommeil, des cauchemars et de l'angoisse.

L'experte interniste relève dans les plaintes notamment que la recourante se sent très fatiguée, dort peu (3-4 heures par nuit) et a beaucoup de cauchemars. Elle voudrait travailler, le travail présentant une thérapie, mais ne peut plus.

L'experte oncologue rapporte en particulier que la recourante se plaint de troubles de la mémoire et de la concentration, d'angoisses aggravées par la chimiothérapie, d'attaques de panique et de troubles de la vue liés à la chimiothérapie, de manque

de souffle et de douleurs dans le bras droit. Les limitations sont actuellement telles qu'elle ne peut envisager seule une reprise de travail. Elle demande de l'aide pour une réhabilitation professionnelle dans un poste adapté.

À l'expert rhumatologue, la recourante fait part de ce qu'elle a une douleur lombaire permanente avec une irradiation dans les cuisses, parfois avec des paresthésies et une diminution de la force, essentiellement lorsqu'elle est longtemps assise. Depuis la chimiothérapie s'ajoutent des douleurs articulaires en particulier rachidiennes, cervicales, dans les deux épaules, les mains et les pieds, également la nuit. Vers 3h, elle se réveille systématiquement. Elle arrive à marcher lentement et avec des pauses pendant trois heures. Les situations les plus difficiles sont les positions statiques assise pendant plus de 30 minutes et debout.

Dans l'anamnèse est en particulier mentionné que la recourante a vécu la guerre en Bosnie, qu'elle a été blessée, violée et séquestrée. Un de ses frères est mort dans l'enclave de Sebrenica et elle a dû l'identifier. Après son départ en Suisse, toute sa famille a été dispersée et elle s'est trouvée seule en Suisse.

10.2 Cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été en effet établie en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes de la recourante, repose sur des examens cliniques approfondis et contient des conclusions motivées et a priori convaincantes.

11. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise en se fondant sur les avis divergents des médecins traitants et du Dr J_____.

11.1 Avant la découverte du cancer de la recourante en février 2019, le Dr C_____ considère, dans son rapport du 13 avril 2018, que la capacité de travail n'est que de 50% dans toute activité pendant les 12 à 18 prochains mois, en raison d'une instabilité de l'inflammation bronchique qui n'est pas bien contrôlée par le traitement habituel. Il a toutefois l'air d'hésiter sur le taux d'incapacité de travail, en utilisant les termes « … il me semble qu'une capacité de travail à 50% est actuellement la limite de ce que l'on peut exiger » et « il me semble juste, d'après l'évolution récente de sa maladie respiratoire, de penser que son activité professionnelle sera limitée à 50%... ». Dans son avis du 26 novembre 2018, le SMR s'aligne sur cette appréciation, en retenant qu'en 2017, l'asthme s'est progressivement aggravé avec plusieurs épisodes d'exacerbation, nécessitant un traitement corticoïde oral, et que lors du bilan respiratoire en mars 2018, la recourante présente un asthme permanent sévère avec, aux épreuves respiratoires, un syndrome obstructif sévère avec une perte de 510 ml sur le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) par rapport à juillet 2017. Dans son rapport du 19 juillet 2020, le SMR considère toutefois, sur la base de l'évaluation des valeurs respiratoires depuis 2012, que l'état est similaire, voire inchangé depuis 2012, de sorte qu'il n'y a pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr C_____, il mentionne dans son rapport du 22 janvier 2021 que l'évolution

respiratoire a été défavorable par rapport à avril 2018, l'asthme permanent léger étant devenu sévère, avec de nombreuses exacerbations en cours de 2019, nécessitant des consultations en urgence. Depuis octobre 2020, la recourante suit régulièrement un traitement biologique de mépolizumab et la situation s'est stabilisée avec une atteinte obstructive légère à modérée. Le pneumologue conclut que, dans un travail à forte composante physique, la capacité de travail est de 50%.

Compte tenu du fait que la fréquence des exacerbations au cours des années 2017-2018 n'est augmentée qu'à >2/an, l'experte en médecine interne estime que la recourante dispose, au niveau pneumologique, d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Au vu du dernier rapport du Dr C_____, selon lequel la situation est inchangée par rapport à avril 2018 et la capacité de travail, a contrario, de 100% dans une activité adaptée, la conclusion de l'experte paraît convaincante, même si elle n'est pas pneumologue.

Au niveau rhumatologique, aucune incapacité de travail dans une activité adaptée n'est attestée par les médecins traitants avant janvier 2019. Ils ne font pas non plus état d'une diminution de la capacité de travail pour des raisons psychiques. En effet, dans son rapport du 15 janvier 2019, la Dre B_____ déclare que les limitations résultent de l'asthme et du système ostéo-articulaire, tout en mentionnant, en gras, un syndrome de stress post-traumatique avec un état anxieux majeur en traitement par une psychologue.

Partant, la Cour de céans juge l'expertise convaincante, en ce qu'elle ne retient aucune incapacité de travail dans une activité adaptée entre mars 2018, date du début du droit éventuel à une rente, et janvier 2019.

11.2 Dès février 2019 jusqu'en décembre 2021, les parties admettent une incapacité de travail totale.

11.3 Par la suite, selon les experts, la recourante présente une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée en raison des traitements cancéreux. Or, celle-ci soutient que sa capacité de travail est nulle, compte tenu de toutes les atteintes dont elle souffre, en se fondant en particulier sur le rapport du Dr J_____.

Dans son rapport du 12 février 2021, la Dre B_____ atteste une incapacité de travail totale. Toutefois, à cette date, une incapacité de travail totale est admise également par l'intimé et il n'y a pas de rapport postérieur.

Est essentiellement contesté la capacité de travail sur le plan psychique, laquelle est de 80% selon les experts. Au demeurant, ils considèrent que les incapacités de travail aux niveaux oncologique et psychiatrique ne se cumulent pas. Le Dr J_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail, n'ayant pas suffisamment de recul, selon ses dires. Vraisemblablement, il pencherait toutefois pour une incapacité de travail totale dans toute activité.

Ce médecin émet les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme (avec des mécanismes de défense adaptatifs relativement efficaces sur le long terme), état de stress post-traumatique et trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, suite à l'annonce du cancer du sein. Il réfute le diagnostic de dysthymie qui est un diagnostic d'exclusion. Il admet que le status mental systématique et détaillé établi par les experts correspond à la plupart de ses constatations. Les activités quotidiennes décrites par la recourante correspondent à celles d'une personne limitée par la maladie, à savoir : insomnie majeure avec impossibilité de dormir sans garder la télévision allumée, cauchemars, réveils à 3h avec très grandes difficultés à s'endormir toutes les nuits ; cinq à sept rendez-vous médicaux par semaine ; nécessité de se reposer de manière prolongée, promenades avec la nécessité de s'asseoir régulièrement ; nécessité de recourir à l'aide de sa nièce ou des amis pour des travaux ménagers lourds ; isolement social. L'anamnèse de l'expertise ne rend pas compte de l'énormité des conséquences de l'épisode prolongé de la guerre en Bosnie et des sévices subis, selon le Dr J_____. Il souligne en outre que la recourante a auparavant continué à travailler en dépit de l'asthme et des douleurs dorso-lombaires, y compris au contact de produits de nettoyage potentiellement toxiques, ce qui témoigne d'une très importante motivation de travailler et d'une volonté hors du commun.

En ce que le Dr J_____ juge l'expertise incohérente, ses commentaires sont cependant incompréhensibles. Par ailleurs, de l'avis de la Cour de céans, l'expertise rend suffisamment compte des horreurs vécues par la recourante durant la guerre en Bosnie. Le psychiatre traitant admet en outre que sa patiente dispose de ressources exceptionnelles pour travailler malgré son vécu traumatique et les douleurs, ce qui n'empêche pas qu'après l'annonce du cancer invasif, la recourante puisse éventuellement être épuisée, ayant déjà dû faire face à la guerre, à sa fuite et aux difficultés pour son admission en Suisse.

Il n'est pas non plus compréhensible pourquoi le Dr J_____ s'insurge avec tant de véhémence contre le diagnostic de dysthymie, même s'il n'est peut-être pas conforme scientifiquement. Quoi qu'il en soit, ce sont surtout les répercussions des diagnostics sur le fonctionnement professionnel et social, soit la capacité de travail, qui importent.

S'agissant des insomnies, il ne semble pas qu'elles aient un impact majeur sur le fonctionnement de la recourante pendant la journée. En effet, selon l'expertise, elle ne fait pas de siestes. Elle se couche vers 23-24h, se lève vers 3-4h, puis se relève vers 7h30. Il semble donc que malgré ses troubles du sommeil importants, elle arrive à se reposer suffisamment.

Cela étant, les commentaires du Dr J_____ ne sont pas propres à invalider les conclusions de l'expertise.

Les autres médecins et la psychologue ne font pas non plus état d'atteintes que les experts auraient ignorées, de sorte que leurs appréciations divergentes ne permettent pas de s'écarter de l'expertise.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans se rallie aux conclusions de l'expertise et ne juge pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Partant, une incapacité de travail de 50% est admise dès janvier 2022.

11.4 Le calcul de la perte de gain n'étant pas contesté, la recourante présente un degré d'invalidité de 50% dès janvier 2022, ce qui lui ouvre le droit à une demi-rente, conformément aux conclusions de l'intimé.

12. La recourante réclame également des mesures d'ordre professionnel.

12.1 Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation présuppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et les références), sans qu'il soit nécessaire de recourir à la procédure préalable de mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_480/2018 du 26 novembre 2018 consid. 7.3 et les références; 9C_59/2017 du 21 juin 2017 consid. 3.3 et les références), une telle procédure préalable n'étant requise que si une mesure de réadaptation a été commencée et qu'il est question de l'interrompre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_783/2015 du 7 avril 2016 consid. 4.8.2 et les références). L'absence de capacité subjective de l'assuré doit toutefois être établie

au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2015 du 6 septembre 2016 consid. 5.3 et les références).

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

13. En l'espèce, la recourante est limitée dans le choix d'une nouvelle profession en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles au niveau somatique et psychique. Selon l'expertise, elle se dit perturbée par son passé traumatique et ne voit pas d'issue à son incapacité de travail, se rendant compte qu'elle n'est actuellement pas capable d'envisager seule une démarche concrète vers un retour dans une activité lucrative. Quand elle se sent en difficulté et quand elle n'arrive pas à faire quelque chose, elle a des attaques de panique. L'expert oncologue mentionne que les limitations sont telles qu'elle ne peut envisager seule une reprise de travail.

Parallèlement, la recourante est une personne très volontaire et qui a toujours été motivée pour travailler malgré les douleurs. Elle dit par ailleurs qu'elle voudrait exercer une activité et que le travail constitue pour elle une sorte de thérapie. Subjectivement, il sied ainsi de constater qu'elle a la volonté de reprendre un emploi, mais qu'elle ne sait pas comment s'y prendre.

Partant, il appert qu'en raison de ses atteintes psychiatriques, la recourante n'est pas en mesure de s'orienter par ses propres moyens, tout en ayant la motivation subjective. Aussi, elle remplit les conditions légales pour bénéficier d'une orientation professionnelle.

14. Par conséquent, le recours sera partiellement admis et la décision réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière de février 2020 à

décembre 2021 et à une demi-rente dès janvier 2022, ainsi qu'à une orientation professionnelle.

15. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de dépens.

16. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 1er septembre 2022 dans le sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière de février 2020 à décembre 2021 et à une demi-rente dès janvier 2022, ainsi qu'à une orientation professionnelle.
4. Octroie à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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 suppléante
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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