

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3359/2015

ATAS/257/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 avril 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Pescara, Italie, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cristobal ORJALES

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, mariée et mère de deux enfants nés en 1988 et 1990, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité pour adultes, le 17 juillet 2013, indiquant être atteinte depuis février 2012 d'un cancer du sein, avoir eu un accident vasculaire cérébral en février 2013 et une extraction des trompes et des ovaires en avril 2013.
2. Le 23 août 2013, B_____, branch of C_____ SA, a indiqué être l'employeur de l'assurée depuis le 1^{er} juin 2005 et que le salaire de celle-ci était de CHF 89'090.- depuis le 1^{er} avril 2013 pour une activité d'opératrice en horlogerie exercée à plein temps.
3. À teneur d'un rapport d'évaluation de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) du 20 septembre 2013, l'assurée s'était présentée pour un premier entretien d'intervention précoce accompagnée de sa fille. Elle avait indiqué avoir travaillé toute sa carrière dans le domaine de l'horlogerie et être employée par l'entreprise B_____ depuis 2005 en tant qu'opératrice en horlogerie. En février 2012, on lui avait décelé un cancer du sein pour lequel elle avait été opérée, puis mise sous traitement d'hormonothérapie. En avril 2012, elle avait repris le travail à plein temps jusqu'en février 2013, mois au cours duquel elle avait subi un AVC. D'après l'assurée, il y avait un lien causal entre le traitement pris pour le cancer du sein et l'AVC. Elle avait repris le travail à 50% le 8 avril 2013, puis avait été mise en arrêt de travail total dès le 29 avril 2013, en raison d'une opération des ovaires et des trompes. À ce jour, la situation médicale de l'assurée ne semblait pas stabilisée et elle souffrait d'effets secondaires liés à la prise de médicaments. Malgré cette situation, elle faisait preuve de persévérance et, par son discours, partageait son aptitude à trouver des ressources. Sa famille semblait être un soutien primordial. Selon son médecin traitant, l'assurée était principalement suivie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) par les départements de gynécologie/oncologie, neurologie et allergologie. Il était proposé d'avoir un contact téléphonique mensuel avec elle pour faire un point de situation sur l'avancée des investigations médicales et mettre en place une évaluation de ses compétences métiers, si possible à l'atelier horlogerie des Établissements publics pour l'intégration (ci-après les ÉPI).
4. À teneur d'un rapport établi par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, reçu par l'OAI le 27 septembre 2013, les diagnostics posés étaient : « carcinome canalaire invasif du sein gauche, PT1, tumorectomie, radiothérapie et hormonothérapie ; AVC gauche et ovariectomie ». Le médecin a mentionné sous symptômes et état actuel : « fatigue, douleurs articulaires, perte de force dans les mains, dépression et insomnie ». L'assurée était incapable de travailler à 100% depuis le 19 avril 2013. Le Dr D_____ précisait avoir vu la patiente une seule fois le 16 janvier 2012 avec un nodule suspect au sein gauche, qui avait été pris en charge par la suite par le gynécologue, puis aux HUG. Il ne l'avait pas revue, sauf le jour du rapport, pour remplir le questionnaire.

5. Selon une note de travail d'intervention précoce du 19 novembre 2013, l'assurée avait repris le travail à l'essai à 50% le 21 octobre 2013 et avait été rapidement en arrêt pour une bronchite. Elle avait recommencé à travailler le 11 novembre 2013.
6. Selon une note de travail d'intervention précoce du 10 janvier 2014, l'assurée stagnait. Elle avait rendez-vous le 21 janvier 2014 avec son médecin et était toujours à 50%.
7. Selon une note de travail d'intervention précoce du 7 mars 2014, l'assurée était toujours en activité à 50%. Elle évoquait des douleurs à la marche ainsi qu'aux mains. Elle pouvait alterner ses positions sur sa place de travail et l'activité à 50% se passait bien.
8. Selon un rapport établi le 22 avril 2014 par le docteur E_____, du département de gynécologie et obstétrique des HUG, l'évolution du cancer était favorable avec la persistance de douleurs au bras gauche et de la fatigue. Le traitement actuel consistait en de la physiothérapie antalgique. La médication actuelle était de l'hormonothérapie.
9. À teneur d'une expertise d'oncologie établie par le docteur F_____, médecine interne, oncologie et hématologie, de la clinique Corela, le 15 avril 2014, le diagnostic de carcinome canalaire invasif G1 était en phase de rémission clinique complète post-tumorectomie. Il n'y avait pas d'autres diagnostics en lien avec le reste de l'examen clinique ayant une incidence sur la capacité de travail.

Sous discussion et synthèse, l'expert a mentionné que sur la base des rapports médicaux établis par les différents médecins consultés par l'assurée, l'anamnèse et l'examen clinique, le diagnostic de carcinome canalaire invasif de grade I, post-tumorectomie avec curage ganglionnaire par voie axillaire était avéré. L'examen clinique était actuellement normal, montrant seulement une cicatrice calme de tumorectomie au niveau du sein gauche avec curage ganglionnaire par abord axillaire. Il n'y avait pas de limitations objectivables de la mobilité de l'épaule gauche.

Un AVC sylvien gauche régressif favorisé par l'hormonothérapie adjuvante de première intention était venu compliquer l'évolution de l'assurée une année après la tumorectomie. Cet incident avait nécessité une ovariectomie et une salpingectomie bilatérale afin d'introduire une hormonothérapie de deuxième intention par un inhibiteur de l'aromatase, à savoir le Femara (létrozole). Actuellement, l'assurée présentait plusieurs symptômes essentiellement secondaires à l'hormonothérapie en cours et potentiellement consécutifs à son AVC sylvien gauche, bien qu'objectivement totalement régressif, ainsi qu'à sa castration chirurgicale. Ces symptômes devraient s'amender progressivement pour disparaître totalement à l'arrêt de l'hormonothérapie adjuvante. Le carcinome canalaire invasif était en revanche en status post-tumorectomie avec rémission clinique complète. Le diagnostic de carcinome invasif du sein gauche n'était par conséquent plus actif. Le pronostic était favorable et le risque de rechute à cinq ans était inférieur à 10%. La

poursuite du suivi auprès de l'unité d'onco-gynécologie des HUG était recommandée.

La capacité de travail de l'intéressée en qualité d'opératrice en horlogerie était actuellement de 50%. Elle devrait augmenter progressivement à 75% au 1^{er} juillet 2014 et atteindre 100%, sans adaptation de poste ni baisse de rendement, dès le 1^{er} octobre 2014. Les limitations concernaient la diminution de son endurance au poste de travail et de sa capacité à suivre le rythme de travail. Ses limitations étaient temporaires. L'affection oncologique était en rémission clinique complète et seul le traitement adjuvant et possiblement encore quelques séquelles subjectives de l'AVC sylvien gauche régressif limitaient encore une reprise de travail à temps plein. Toute activité physiquement sollicitante était contre-indiquée.

10. Selon un rapport établi par le service médical régional AI (ci-après le SMR) le 4 juin 2014, la doctoresse G_____, médecin SMR, estimait, comme le Dr F_____, que l'assurée était en mesure de reprendre de manière progressive son activité habituelle à temps plein.
11. Selon un rapport d'évaluation professionnelle faisant suite à un entretien téléphonique avec l'assurée du 15 août 2014, cette dernière avait des difficultés pour la marche et à ouvrir les mains. Elle ne ressentait pas d'amélioration. Elle avait augmenté sa capacité de travail à 75% depuis le 1^{er} juillet 2014 et repris son poste habituel. Le 1^{er} octobre 2014, elle devait le reprendre à 100%, selon le pronostic de l'expert. Selon les dires de l'assurée, son employeur s'opposait aux conclusions de l'assurance perte de gain et entamerait des démarches vis-à-vis de celle-ci. L'assurée estimait qu'elle pourrait au maximum travailler à 75-80% et qu'elle avait besoin d'un jour de congé pour récupérer. Elle demandait à être réévaluée.

Le début de la longue maladie était fixé à janvier 2012. La capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle à augmenter progressivement par paliers de 25% pour arriver à 100% dès octobre 2014. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé à avril 2013. Il fallait privilégier un poste léger, sans port de charges et ne nécessitant pas que l'assurée fasse des efforts avec son membre supérieur gauche, notamment l'épaule. Il fallait éviter les activités nécessitant la position du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale de manière soutenue.

12. Selon un rapport établi le 31 octobre 2014 par le service de réadaptation professionnelle, l'assurée avait toujours des douleurs en raison de la prise du traitement de Femara. Ses médecins ne pouvaient plus rien faire et son moral était bas. Elle avait convenu avec son employeur de rester à 75%, mais celui-ci continuait à lui verser son salaire à 100%.
13. Par rapport du 19 novembre 2014, le service de réadaptation professionnelle a mis un terme au mandat. L'assurée avait réussi à augmenter sa capacité de travail jusqu'à 75%. Selon ses dires, en accord avec son employeur, il n'était pas envisagé

de passage à 100%. L'employeur lui versait toutefois son salaire à 100%. L'assurance perte de gain avait clôturé le suivi de la situation. Lors de leur dernier contact téléphonique, l'assurée s'était montrée en colère. Elle ne se sentait pas entendue dans sa situation médicale et attendait une aggravation de son état de santé suite à sa reprise de travail pour revendiquer ses droits auprès de l'assurance perte de gain et de l'assurance-invalidité. La capacité de travail dans l'activité habituelle était estimée entière par le SMR depuis le 1^{er} octobre 2014. L'assurée, malgré son maintien à 75%, percevant son salaire à 100%, il n'y avait pas lieu de procéder à une comparaison des gains.

14. Par projet de décision du 25 février 2015, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assurée. Suite à une incapacité de travail durable débutée le 15 février 2013, début du délai d'attente d'un an, elle avait déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité le 17 juillet 2013. Sur la base de l'expertise médicale organisée par l'assurance perte de gain, le SMR retenait les incapacités de travail suivantes :

- 100% du 15 février 2013 au 20 octobre 2013 ;
- 50% du 21 octobre 2013 au 30 juin 2014 ;
- 25% du 1^{er} juillet 2014 au 30 septembre 2014 ;
- 0% dès le 1^{er} octobre 2014.

L'assurée avait été reçue par le service de réadaptation le 20 septembre 2013 et bénéficié d'un suivi jusqu'en novembre 2014. Par analogie aux art. 22 et 29 al. 2 LAI, le droit à une rente ne pouvait prendre naissance tant que l'assurée bénéficiait de mesures d'intervention précoce. À la fin des mesures mises en place par le service de réadaptation de l'OAI, en novembre 2014, elle était médicalement apte à exercer son activité habituelle à 100%. En conséquence, aucun droit à une rente d'invalidité ne pouvait être reconnu à l'assurée et des nouvelles mesures n'étaient pas indiquées.

15. Le 17 mars 2015, l'assurée a formé opposition au refus de prestations de l'OAI. Son employeur avait constaté son mauvais état de santé et avait généreusement réduit son temps de travail de 25% depuis le mois d'octobre 2014. Actuellement, elle avait demandé une nouvelle réduction de son temps de travail de 10% à ses frais, car il lui était impossible de travailler deux jours consécutifs. Son médecin traitant l'avait informée que son ostéoporose s'aggravait de jour en jour à la suite de la prise de médicaments contre la récurrence du cancer (Femara). Il arrivait fréquemment que ses jambes la lâchent et qu'elle tombe, avec le risque de se briser des os déjà fragilisés, en raison des séquelles de son AVC. Elle trouvait injuste qu'après avoir versé des cotisations depuis 35 ans à l'AI, elle doive assumer toute seule les pertes financières pour son incapacité de travail. Elle avait fait preuve de bonne volonté en retournant au travail après ses opérations et son AVC au prix d'efforts qui étaient devenus insurmontables. Il fallait ajouter à cela que son état psychologique après tous ses chocs émotionnels était au plus bas. Pour ces raisons, elle demandait à l'OAI de revoir sa décision.

16. Le 21 avril 2015, l'OAI a accordé un délai à l'assurée au 18 mai 2015 pour lui faire parvenir un rapport médical circonstancié susceptible de modifier sa première appréciation.
17. Le 4 mai 2015, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport d'examen de densitométrie osseuse du 17 septembre 2014 et un avenant au contrat de travail pour une réduction de son temps de travail.
18. Le 29 juin 2015, la Dresse G _____, médecin SMR, a estimé que l'assurée n'avait pas produit de pièces médicales susceptibles de modifier l'appréciation du cas par l'OAI.
19. Par décision du 30 juin 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée.
20. Le 20 août 2015, l'assurée a informé l'OAI que sa santé se dégradait rapidement tous les jours et qu'elle devait poursuivre sa démarche jusqu'à épuisement de tous ses droits légaux disponibles. Elle avait des difficultés à marcher à cause des pertes d'équilibre liées à l'AVC. En cas de chute, elle risquait de se briser la colonne vertébrale, à cause de l'ostéoporose qui s'aggravait tous les jours. L'arthrite aux articulations des mains l'empêchait de manipuler les petites pièces d'horlogerie. Elle était très vite fatiguée et n'arrivait plus à se concentrer. Les trajets pour se rendre du travail devenaient insupportables. Elle n'arrivait plus à conduire son véhicule. La déformation de l'os de son talon ne lui permettait plus de marcher correctement. Elle avait déjà réduit son temps de travail de 10% à ses frais et son employeur lui offrait généreusement deux heures par semaine. Elle n'arrivait plus à assumer son taux d'occupation actuel (85%). Le 18 août 2015, elle avait décidé d'interrompre pendant deux mois son traitement de Femara, à cause du nombre important d'effets indésirables graves. Elle demandait la révision de la décision et qu'il soit tenu compte du fait que sa capacité de travail était de 50%.
21. Le 24 août 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle pouvait former recours dans les trente jours à compte de la notification de sa décision auprès de la chambre des assurances sociales.
22. Le 29 septembre 2015, l'assurée a informé l'OAI ne pas pouvoir assumer son temps de travail habituel en raison de son problème de santé (AVC avec perte d'équilibre et douleurs importantes), son contrat avait donc été réduit de 10%. En raison du partenariat AI-C _____, le gestionnaire du dossier proposait que l'assurée dépose une nouvelle demande et de prendre en charge les frais de transport (maison/entreprise), ce qui lui permettrait de reprendre son activité à 100% durant un an dans le cadre de l'IP.
23. Le 24 septembre 2015, Mutuel a recouru contre la décision de l'OAI du 30 juin 2015, précisant être habilitée à agir sur la base de la procuration signée par l'assurée le 16 mars 2015 et concluant à l'annulation de la décision et à la mise de l'assurée au bénéfice d'une rente d'assurance-invalidité du 1^{er} février au 30 juin 2014, subsidiairement à une indemnité journalière du 20 septembre 2013 au 30 juin

2014. En raison de ses problèmes de santé, l'assurée avait présenté une incapacité de travail entière en tant qu'opératrice en horlogerie du 15 février 2013 au 20 octobre 2013, selon les certificats médicaux, à 50% du 21 octobre 2013 au 30 juin 2014 et à 25% du 1^{er} juillet au 30 septembre 2014. Partant, les conditions prévues à l'art. 28 al. 1 LAI pour l'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies par l'assurée. L'ouverture de son droit à la rente avait pris naissance au plus tôt le 1^{er} février 2014, soit une fois le délai d'attente d'un an écoulé et jusqu'au 30 juin 2014. Pour dénier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, l'OAI se prévalait à tort du fait que le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assurée se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce. En effet, l'OAI procédait à une appréciation erronée du droit fédéral et de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après OFAS) sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIAI), valable dès le 1^{er} janvier 2014. L'OFAS relevait dans cette circulaire qu'en principe, le droit à la rente naissait dès la survenance du cas d'assurance, mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. Pour ce qui était de la mise en œuvre, l'OAI était néanmoins tenu d'examiner le droit à la rente pour la période précédant la demande et pendant les six mois qui suivaient le dépôt de la demande, ce que l'OAI n'avait pas jugé utile de faire. L'OFAS précisait dans la circulaire que le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré percevait une indemnité journalière (art. 22 LAI en corrélation avec l'art. 29 al. 2 LAI) et pendant qu'il se soumettait à des mesures de réadaptation ou à des mesures d'intervention précoce (pratique VSI 2001 p. 148). On déduisait de cette note de l'OFAS, en corrélation avec l'art. 29 al. 2 LAI, que celle-ci n'était applicable que si l'assuré percevait des indemnités journalières de l'OAI, ce qui ressortait également du jugement cité dans la pratique VSI 2001 P. 148 (I 201/00). Or, en l'espèce, l'assurée, bien que suivie par le service de réadaptation, n'avait pas perçu d'indemnités journalières de l'OAI depuis le début de sa demande de prestations le 17 juillet 2013. L'OAI ne pouvait dès lors se prévaloir de cette circulaire de l'OFAS pour lui dénier le droit à une rente d'invalidité. L'OAI procédait simplement à une mauvaise appréciation du droit fédéral et de la circulaire de l'OFAS. Si le tribunal ne devait pas accorder à l'assurée une rente, cette dernière aurait droit à une indemnité journalière. En effet, comme elle avait été reçue par le service de réadaptation de l'OAI le 20 septembre 2013 et qu'elle avait bénéficié d'un suivi jusqu'en novembre 2014, elle avait droit à une indemnité journalière, au sens des art. 22 et ss LAI, du 20 septembre 2013 au 30 juin 2014.

24. Par réponse du 12 novembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intervention précoce visait, grâce à des mesures faciles d'accès, à maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail ou à leur permettre de se réintégrer dans la vie active ou de se réadapter à leurs travaux habituels (art. 7d LAI et 1sexies à octies RAI). Les assurés qui bénéficiaient de telles mesures n'avaient pas droit à des prestations accessoires. En l'espèce, l'OAI avait seulement procédé à des entretiens téléphoniques en vue du maintien en emploi et d'assurer le suivi de la

reprise de l'activité habituelle de l'assurée. Cette dernière avait toujours perçu son salaire; l'équivalent du montant de celui-ci était versé sous forme d'allocations pour perte de gain par Mutuel à l'employeur. On ne pouvait imaginer que des prestations financières sous forme de rente puissent être versées pendant l'intervention précoce. Conformément à la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, le cas d'assurance n'était pas réputé survenu tant que l'assuré percevait une indemnité journalière (art. 22 LAI en corrélation avec l'art. 29 al. 2 LAI) et pendant qu'il se soumettait à des mesures de réadaptation et des mesures d'intervention précoce (Pratique VSI 2001 p. 148). Aussi devait-on admettre que le droit à une rente d'invalidité ne prenait pas naissance tant que des mesures de réadaptation et d'intervention précoce étaient régies par l'art. 7d LAI. On ne pouvait considérer, comme le faisait la recourante, que la perception d'indemnités journalières serait une des conditions cumulatives à l'application du chiffre marginal 2026 CIIAI, étant donné que, conformément à l'art. 8 LAI, le droit à des indemnités journalières n'était ouvert qu'en cas de mesures de réadaptation, au sens des art. 15 à 18d LAI. Or les mesures d'intervention précoce étaient régies par l'art. 7d LAI. La condition ne pouvait pas être cumulative, puisque, par définition, aucune indemnité journalière n'était versée pendant l'intervention précoce. En effet, à ce moment-là, l'assuré était généralement encore sous contrat de travail. Cela n'avait donc aucun sens d'exiger que les deux conditions soient remplies en même temps (mesures d'intervention précoce et versement d'indemnités journalières), puisque selon la loi, elles ne pouvaient précisément pas coexister. C'était ainsi à juste titre que, par décision du 30 juin 2015, l'OAI avait refusé à l'assurée le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité. Le cas d'assurance n'était pas survenu aussi longtemps qu'avait duré la mesure d'intervention précoce.

25. Le 7 janvier 2016, la recourante a demandé la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans une affaire similaire auprès du Tribunal administratif fédéral. Contrairement à ce qu'affirmait l'OAI, le cas d'assurance était réputé survenu. En effet, l'assurée n'avait pas perçu d'indemnités journalières durant les mesures d'intervention précoce, qui étaient intervenues plus de seize mois après le début de l'incapacité de travail. Il n'y avait pas eu de mesures de réadaptation permettant de rétablir sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels. L'assurée avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant un an, soit depuis le 15 février 2013, et au 15 février 2014, elle était incapable de travailler à 50%. Les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI pour l'octroi d'une rente d'invalidité étaient remplies, une fois le délai d'attente écoulé. La recourante maintenait ses conclusions et renvoyait pour le surplus à son recours.
26. Par arrêt incident du 27 janvier 2016, la chambre des assurances sociales a suspendu la procédure jusqu'à droit connu dans la cause A /777/2015 actuellement pendante par-devant le Tribunal (administratif) fédéral.

27. Le 18 octobre 2016, le docteur H_____, du Centre Médico-Chirurgical Vermont-Grand-Pré SA, a attesté que l'assurée était suivie par ce centre depuis octobre 2014. En raison de la péjoration de son état de santé, il lui avait proposé à plusieurs reprises un arrêt de travail à 50%, ce qu'elle avait toujours refusé craignant que des difficultés financières impactent négativement son état de santé. Il semblait opportun que l'OAI étudie de nouveau son dossier.
28. Le 23 novembre 2016, le Dr H_____ a attesté que l'état de santé physique et psychique de l'assurée s'était nettement détérioré depuis le début de l'année 2016.
29. Le 25 novembre 2016, le docteur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a attesté suivre l'assurée depuis le début du même mois pour un état anxio-dépressif majeur sévère, premier épisode survenu dans le contexte de douleurs dorsales handicapantes, et d'une ostéoporose. Un antidépresseur venait d'être introduit et était bien supporté pour le moment. La patiente avait travaillé à 100% jusqu'au 3 novembre 2016, date à laquelle le Dr H_____ avait établi un arrêt de travail à 100%. Sur le plan psychique, affectif et neurocognitif, les capacités de la patiente étaient fortement perturbées, ce qui justifiait une incapacité de travail entière.
30. Le 23 octobre 2018, la chambre de céans a informé la recourante que la juge en charge de la procédure pendante auprès du Tribunal (administratif) fédéral relançait régulièrement ce dernier, qui n'avait, à l'heure actuelle, pas encore rendu d'arrêt.
31. Le 30 octobre 2018, le conseil de la recourante a informé la chambre de céans que sa mandante avait présenté le 22 mars 2018 une demande de révision, respectivement de reconsidération de la décision du 29 septembre 2015 rendue à son encontre. Le 28 mars 2018, l'OCAS lui avait indiqué ne pas pouvoir faire droit à sa requête dans la mesure où la décision en cause n'était pas encore entrée en force, compte tenu de la procédure en cours (A/3359/2015 – affaire Mutuel Assurances SA c/ OAI). Il priait en conséquence la chambre de céans de l'aviser une fois que le recours visé dans la procédure précitée aurait été tranché.
32. Le 1^{er} novembre 2018, la présidente de la chambre des assurances sociales a informé Mutuel que celle-ci avait été enregistrée comme recourante, puis qu'il avait été considéré, en cours de procédure, que c'était l'assurée qui était effectivement la recourante, représentée par Mutuel. Elle lui demandait ses observations à ce sujet.
33. Le 19 novembre 2018, Mutuel a informé la chambre de céans être d'accord avec le fait qu'elle représentait l'assurée, qui devait être considérée comme la recourante.
34. Le 13 juin 2019, l'assurée, représentée par un nouveau conseil, a informé la chambre de céans avoir révoqué sa procuration en faveur de Mutuel. Elle invoquait, à l'appui de son recours et conformément à l'art. 68 LPA, des faits et moyens de preuve nouveaux. Selon l'art. 68 LPA, applicable par renvoi de l'art. 89A LPA, sauf exception prévue par la loi, le recourant pouvait invoquer des motifs, des faits et des moyens de preuve nouveaux, qui ne l'avaient pas été dans les précédentes procédures. Aux termes de l'art. 89E LPA, concrétisant l'art. 61 let. d LPGA, la chambre des assurances sociales pouvait réformer au détriment du recourant la

décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé. Elle devait préalablement donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Cette disposition conférait à la chambre de céans la possibilité de réformer la décision attaquée in pejus ou in melius. Ce faisant, la chambre de céans n'était pas liée par les conclusions des parties. Il fallait également relever que les requêtes portant sur la conduite de la procédure étaient des conclusions de nature procédurale et, comme telles, admissibles jusqu'à la fin de l'instruction du recours. Ainsi, le recourant pouvait conclure à l'octroi d'une indemnité de procédure et solliciter l'exécution d'actes d'enquêtes, même après l'échéance du délai de recours. En l'espèce, compte tenu des faits et moyens de preuves nouveaux invoqués ainsi que des règles procédurales applicables en la matière, la recourante persistait à conclure à l'annulation de la décision entreprise et à sa mise au bénéfice d'une rente d'assurance-invalidité entière dès le 1^{er} février 2014, correspondant à l'échéance du délai de six mois consécutif au dépôt de sa demande à l'OAI du 16 juillet 2013, pour une durée indéterminée. Si par impossible, la chambre de céans devait qualifier de nouvelle et donc possiblement d'irrecevable la conclusion qui précédait, elle devrait, à tout le moins, faire usage du pouvoir d'appréciation élargi que lui conférait l'art. 89E LPA, en statuant ultra petita et en accordant à la recourante plus que ce qu'elle avait initialement demandé, à savoir l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité entière dès le 1^{er} février 2014 et de façon illimitée en lieu et place d'une rente d'assurance-invalidité entière limitée à la période du 1^{er} février 2014 au 30 juin 2014.

En outre, compte tenu de sa nature procédurale et de son admissibilité de ce fait jusqu'à la fin de l'instruction du recours, la recourante faisait valoir une nouvelle conclusion tendant à ce que l'expertise établie par la clinique Corela le 15 avril 2014 soit écartée de la procédure et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire oncologique, neurologique et rhumatologique auprès d'un hôpital universitaire et à ce qu'une indemnité de procédure soit allouée à la recourante.

Le recours interjeté par la recourante avait été adressé à la chambre des assurances sociales quatre ans auparavant. La procédure y relative était toutefois depuis lors suspendue, en raison de l'existence d'une affaire similaire pendante auprès du Tribunal administratif fédéral. Il apparaissait toutefois, au regard des faits et moyens de preuve nouveaux invoqués par la recourante, que la présente procédure pouvait désormais être tranchée indépendamment de l'issue de l'affaire actuellement pendante par-devant le Tribunal fédéral. La procédure devait donc être reprise dans les plus brefs délais. Cela s'imposait d'autant plus que la recourante se trouvait dans une situation économique précaire qui l'avait contrainte à quitter la Suisse, ses moyens financiers ne lui permettant pas d'y demeurer davantage. Des faits nouveaux étaient apparus qui, s'ils avaient été connus à l'époque, auraient manifestement conduit l'OAI à rendre une décision différente. En effet, ce dernier avait fondé sa décision sur le rapport d'expertise établi par la clinique Corela le

15 avril 2014. Or, il apparaissait aujourd'hui que l'impartialité de cette clinique et la valeur probante de ses expertises étaient gravement remises en cause. La recourante concluait ainsi à la reprise immédiate de la procédure, à ce que l'expertise du 15 avril 2014 soit écartée de la procédure et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire oncologique, neurologique et rhumatologique auprès d'un hôpital universitaire pour déterminer ses limitations fonctionnelles liées à sa maladie et le degré d'incapacité de travail que celles-ci entraînaient et avaient entraîné depuis le 1^{er} février 2014. Elle concluait principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2014 pour une durée indéterminée avec suite de frais et dépens.

35. Le 4 juillet 2019, l'OAI a conclu à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, oncologique et psychiatrique).

L'OAI se fondait sur un avis médical établi le 21 juin 2019 par la doctoresse J_____, médecin SMR, laquelle considérait, à l'examen des différentes pièces médicales versées au dossier, qu'un volet rhumatologique à l'expertise ne se justifiait pas dans la mesure où les douleurs articulaires dont se plaignaient l'assurée étaient les conséquences du traitement de la maladie oncologique, à savoir l'hormonothérapie. Par ailleurs, bien que le représentant de l'assurée ne l'ait pas évoqué, une dépression et une insomnie étaient relevées par le Dr D_____ dans son courrier du 27 septembre 2013. Un volet psychiatrique dans ce sens pouvait en conséquence également se justifier.

36. Le 17 juillet 2019, la recourante a contesté la position du médecin SMR, selon laquelle le volet rhumatologique ne se justifiait pas. En effet, indépendamment de l'origine des douleurs, celles-ci existaient et l'invalidaient au quotidien. Elle persistait donc à solliciter la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique.
37. Le Tribunal administratif fédéral a rendu son arrêt le 22 août 2019 dans la cause A /777/2015 (C_540/2015), dont les considérants seront développés dans la partie en droit.
38. Le 22 novembre 2019, la recourante a observé que la pertinence pour l'issue de la présente cause de l'arrêt rendu par le Tribunal administratif fédéral était désormais relative. Elle persistait donc dans ses conclusions.
39. L'intimé a observé, le 3 décembre 2019, que le Tribunal administratif fédéral n'avait pas tranché la question litigieuse de savoir si le droit à la rente pouvait naître pendant l'exécution de mesures d'intervention précoce.
40. Le 5 mars 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise aux docteurs K_____, oncologie FMH, et L_____, neurologie FMH, et leur a envoyé une copie de la mission d'expertise.
41. Dans le délai imparti, les parties n'ont pas fait valoir de motifs de récusation à l'encontre des experts, ni de questions complémentaires.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de l'absence de notification de la décision à Mutuel et de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. a. Il convient de déterminer en premier lieu l'objet du litige.

b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision.

Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 p. 166 et 135 V 141 consid. 1.4.4 p. 146; voir également arrêt I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155). Dans une situation de ce genre, il importe nécessairement d'établir l'existence d'un changement important de circonstances propres à justifier le prononcé de rentes échelonnées ou limitées dans le temps. Or, un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre différents états de fait successifs (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine p. 418).

c. En l'espèce, le 20 août 2015, la recourante, agissant dans un premier temps en personne, a contesté la décision de l'OAI du 30 juin 2015 en faisant valoir que sa capacité de travail était toujours de 50% dès le 30 juin 2014. Elle a ainsi contesté le refus de l'OAI de lui octroyer une rente d'invalidité. Le litige porte donc sur le droit de la recourante à une telle rente d'invalidité pour toute la période courant du 15 février 2013 au 30 juin 2015, date de la décision querellée.

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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.

Dans son arrêt du 22 août 2019 dans la cause A /777/2015 (C_540/2015), le Tribunal administratif fédéral a eu les considérations suivantes : « (4.2) L'OAIE fait valoir que la réadaptation prime sur la rente et que le cas d'assurance ne survient pas tant que des mesures de réadaptation ou des mesures d'intervention précoce durent. Il renvoie entre autres à un arrêt du 20 novembre 2000, où le Tribunal fédéral a considéré que l'invalidité survient seulement après l'application des mesures de réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral I 201/00, publié en traduction française dans Pratique VSI 2001 pages 148-151). (4.3) Il convient tout d'abord d'examiner les dispositions concernant la détection précoce et les mesures d'intervention précoce, qui sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008. Il s'agit des art. 3a à 3c LAI (détection précoce), 7d LAI (mesures d'intervention précoce), art. 1^{er} à 1^{quinquies} RAI (détection précoce) et art. 1^{septies} à 1^{octies} RAI (mesures d'intervention précoce). Les détails sont réglés dans la Circulaire sur la détection et l'intervention précoces (CDIP), également en vigueur depuis le 1er janvier 2008 (concernant les effets juridiques des circulaires de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], cf. consid. 4.6). Alors que les dispositions de la LAI et du RAI concernant la détection et l'intervention précoces n'ont pas été modifiées entre leur entrée en vigueur jusqu'à aujourd'hui, la CDIP a par contre fait l'objet de précisions, compléments et modifications, de sorte que la 6e version de cette circulaire est actuellement en vigueur. (4.4) Selon l'al. 1 de l'art. 7d LAI, les mesures d'intervention précoce ont pour but de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail ou de permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs. L'al. 2 de l'art. 7d LAI prévoit les mesures suivantes : adaptation du poste de travail, cours de formation, placement, orientation professionnelle, réadaptation socioprofessionnelle, mesures d'occupation. Selon l'al. 4 de l'art. 7 d LAI, le Conseil fédéral peut compléter la liste des mesures. Il règle la durée de la phase d'intervention précoce et fixe le montant maximal pouvant être consacré, par assuré, aux mesures de ce type. Selon l'art. 1^{septies} RAI, la phase d'intervention précoce s'achève par : la décision relative à la mise en oeuvre des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8, al. 3, let. a^{bis} et b, LAI; la communication du fait qu'aucune mesure de réadaptation ne peut être mise en oeuvre avec succès et que le droit à la rente sera examiné; ou la décision selon laquelle l'assuré n'a droit ni à des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8, al. 3, let. a^{bis} et b, LAI, ni à une rente. (4.5) Le message concernant la 5e révision de l'AI du 22 juin 2005 indiquait que la durée de la phase d'intervention précoce devait être fixée par le Conseil fédéral à titre de norme qualitative pour les offices AI et qu'elle devrait être d'environ six mois (message p. 4274). Le message précisait qu'il n'existait aucun droit aux mesures d'intervention précoce et que la personne assurée ne touchait pas d'indemnité journalière de l'AI durant l'exécution de ces mesures, mais percevait des indemnités journalières en cas de maladie ou était financièrement couverte du fait que son employeur continuait à lui verser le salaire (message p. 4275). Cependant le message précisait que, dès que les conditions du droit aux mesures de réadaptation de l'AI sont remplies, ces mesures doivent être

octroyées par voie de décision. Il ne faut pas attendre la fin de la durée maximale de la phase d'intervention précoce. En d'autres termes, le droit aux mesures de réadaptation - et aux indemnités journalières qui vont de pair - peut tout à fait prendre naissance au cours des six mois environ que dure la phase d'intervention précoce (message p. 4274). Le message précise aussi que, au terme de la phase d'intervention précoce, on a donc établi quelles mesures professionnelles sont nécessaires et, le cas échéant, quel montant de rente entre en ligne de compte pour obtenir la meilleure réinsertion possible dans le monde du travail (message p. 4274).

(4.6) Les circulaires de l'OFAS comme la CDIP sont des directives à l'égard des Offices AI et ne lient pas le juge des assurances sociales (ATF 141 V 139 consid. 6.3.1). Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration, dont elles donnent le point de vue sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Cela ne signifie toutefois pas que le juge des assurances sociales n'en tienne pas compte. Au contraire, il doit les prendre en considération lors de sa décision lorsqu'elles offrent une interprétation satisfaisante des dispositions légales applicables et adaptée au cas d'espèce. Il ne s'en écarte que dans la mesure où les directives administratives établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 142 V 442 consid. 5.2). Alors que le chiffre marginal 6 de la CDIP version 1 mentionnait que l'objectif de la phase d'intervention précoce est d'établir dans les six mois si des personnes dont l'invalidité effective n'a pas encore été déterminée avec précision ont bien droit à des prestations ordinaires de l'AI, la version 6 précise en son chiffre marginal 3014 que la phase d'intervention précoce commence au moment du dépôt de la demande de prestations AI et s'achève au plus tard douze mois après (art. 49 LAI) par la décision de principe en vertu de l'art. 1^{septies} RAI. Le chiffre marginal 3002 des versions 2 à 5 mentionnant que les mesures d'intervention précoce peuvent être octroyées aux assurés qui ont présenté une demande de prestations AI et que nul ne peut se prévaloir d'un droit à ces mesures a été abrogé au 1^{er} janvier 2018 par la version 6. Étant donné que l'art. 7d al.3 LAI n'a pas changé, cette abrogation, qui est du reste bien postérieure à l'état de fait du cas présent, a probablement été effectuée pour des raisons de clarté et de compréhension. (4.7) Comme mentionné plus haut, dans le cas présent, l'OAIE a financé un montant de CHF 8'000.- pour l'achat d'un transporteur électrique dans le cadre de mesures d'intervention précoce avec maintien au poste de travail. Cette prestation a été accordée par communication du 28 mars 2014 (AI pce 55), alors que le recourant avait présenté la demande de détection précoce le 27 juillet 2012, soit 20 mois avant la communication en question. La phase d'intervention précoce aurait en principe dû durer environ six mois (au maximum 12 mois) et donc, vu la demande du 27 juillet 2012, se terminer le 26 janvier 2013 (ou au plus tard le 26 juillet 2013). La durée ordinaire de la phase d'intervention précoce a donc largement été dépassée en l'occurrence. Toutefois les mesures d'intervention précoce en elles-mêmes ne peuvent pas faire l'objet de la présente procédure, étant donné que nul ne peut pas

se prévaloir d'un droit aux mesures d'intervention précoce (art. 7d al.3 LAI). La participation de l'assurance-invalidité à l'achat du transporteur électrique, même si elle est intervenue très tardivement, était certes judicieuse puisqu'elle a finalement permis au recourant de conserver son poste de travail. Cette participation aux frais n'est du reste pas contestée par les parties. (4.8) En revanche, le recourant a déposé une demande ordinaire de prestations AI le 22 novembre 2012 (AI pce 14), soit bien avant que l'OAIE tranche la question des mesures d'intervention précoce. C'est donc l'issue de cette demande de prestations et en particulier le droit éventuel à une rente (limitée dans le temps) qu'il convient d'examiner dans la présente procédure.

(4.9) De plus, le Tribunal de céans note que, dans l'arrêt cité par l'OAIE (VSI 2001 p. 148), il ne s'agissait pas de mesures d'intervention précoce, mais d'une réadaptation où l'assuré jouissait d'indemnités journalières pendant les mesures de réadaptation. Dans un tel cas, les indemnités journalières de l'AI remplissent le même rôle qu'une rente d'invalidité, à savoir compenser la perte de gain. En l'occurrence, le recourant n'a certes pas subi de perte de gain ; ce n'est cependant pas dû à des indemnités journalières de l'assurance-invalidité, mais à l'assurance perte de gain de son employeur. Il serait tout à fait inapproprié d'admettre que le cas d'assurance ne peut pas survenir tant que l'office AI examine si des mesures d'intervention précoce sont possibles et ce sur une période qui dépasse largement six mois (ou même douze mois). Une telle pratique ne correspondrait du reste pas à l'art. 29 al. 2 LAI. Le but de l'introduction de la détection et de l'intervention précoces est que l'AI soit informée rapidement d'un cas d'incapacité de travail pour prendre des mesures immédiatement et non d'éviter ou retarder l'octroi de prestations ordinaires. En l'occurrence, le recourant a déposé une demande ordinaire de prestations AI le 22 novembre 2012 parce que, contrairement au pronostic initial, il n'a pas pu reprendre son activité lucrative à 100% après l'opération du dos d'avril 2012. La demande ordinaire de prestations AI du 22 novembre 2012 doit être traitée comme si le recourant n'avait pas déposé de demande de détection précoce le 27 juillet 2012. Il convient donc d'examiner si les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité sont remplies ».

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une

expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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

7. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En

règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

8. La question de la force probante des expertises réalisées par la clinique Corela a donné lieu à l'arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 relatif au retrait de l'autorisation d'exploitation, puis à l'ATF 144 V 258, dans lequel le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'était pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui avait été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée à cet effet.
9. Il y a donc lieu d'écarter, dans le cas d'espèce, l'expertise de la clinique Corela et d'ordonner une nouvelle expertise oncologique (gynécologie) et neurologique. Il n'apparaît pas justifié, a priori, de faire porter l'expertise sur le plan rhumatologique, dès lors que les conséquences de l'hormonothérapie sur la capacité de travail de la recourante peuvent être déterminées par l'oncologue, étant précisé qu'il sera demandé à ce dernier si l'évaluation de la recourante par un rhumatologue s'impose. Il n'y a pas lieu non plus de faire porter l'expertise sur l'état psychique de la recourante, car celui-ci s'est dégradé après la décision litigieuse, selon le rapport du Dr I_____ du 25 novembre 2016, étant rappelé que la chambre de céans apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Le fait que le Dr D_____, médecin généraliste, ait mentionné, le 27 septembre 2013, le terme « dépression » sous la rubrique « symptômes et état actuel » de son rapport ne suffit pas à rendre vraisemblable que l'assurée souffrait à l'époque d'un état psychique invalidant, dès lors que ce médecin n'a pas retenu une dépression dans les diagnostics et qu'il n'a vu la recourante qu'à une seule reprise. Aucun autre rapport médical n'atteste d'une telle atteinte avant la décision querellée.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise oncologique (gynécologie) et neurologique de la recourate et la confie à la doctoresse K_____, oncologie FMH, Centre d'Oncologie à Genève, et au docteur L_____, neurologie FMH, service de neurologie, à Genève.

- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.
 - C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :
 1. **Anamnèse détaillée**
 2. **Plaintes de la personne expertisée**
 3. **Status et constatations objectives**
 4. **Diagnostics (selon la classification internationale en cas de troubles psychiques)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)
 - 4.3 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?
 - 4.4 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).
 - 4.5 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs

dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.5.1 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. **Limitations fonctionnelles**

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic (en mentionnant leur date d'apparition) :

5.1 dans l'activité habituelle,

5.2 dans une activité adaptée.

6. **Capacité de travail**

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle ?

6.3 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée ?

6.3.1 Indiquer depuis quand une telle activité adaptée est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

6.4 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

7. **Traitement**

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

7.2 La personne expertisée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

7.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

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

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

8.1 Êtes-vous d'accord avec les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation de la capacité de travail de la personne expertisée? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le **pronostic** ?
 10. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?
 11. Estimez-vous que l'expertise devrait être complétée par un examen rhumatologique ?
 12. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles
- F. Invite les experts à faire une **appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
- G. Invite les experts à déposer leur rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.
- H. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le