

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3537/2018

ATAS/902/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 octobre 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1960, a demandé des prestations d'assurance-invalidité à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 19 mars 2013. Elle indiquait être en incapacité de travail à 100% dès la fin août 2011 en raison d'un cancer du sein, d'un status post-traumatique de l'épaule droite et d'une surdité chronique.
2. Selon un rapport médical établi par la doctoresse B\_\_\_\_\_, du service d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), l'assurée souffrait d'un cancer du sein depuis 2011 et tolérait très mal l'hormonothérapie. Le risque de récurrence était faible.
3. Le docteur C\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil moteur et médecin du sport, a indiqué, le 15 janvier 2013, que l'assurée souffrait d'une omarthrose droite centrée et qu'elle avait fait l'objet d'une intervention le 18 décembre 2012 consistant en une chirurgie conservatrice avec arthrotomie de l'épaule droite, ostéotomie du tranchin, émondage ostéophyttaire, arthrolyse et ténodèse du long chef du biceps. Elle était en arrêt de travail à 100% pour un mois depuis l'opération, puis selon l'évolution.
4. Le 22 mars 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué, à trois mois de la chirurgie conservatrice pour omarthrose, que l'assurée avait, dans un premier temps, présenté beaucoup de douleurs, mais que ces dernières s'étaient très récemment amendées. L'assurée les estimait à ce jour à 2/10. Elle avait retrouvé un bon nombre de ses activités de la vie quotidienne. Elle restait toutefois en arrêt travail à 100% jusqu'au 13 avril 2013.
5. À teneur d'un rapport d'évaluation du 3 juin 2013, l'assurée avait indiqué à l'OAI être célibataire et vivre avec son fils de 22 ans en France voisine. Son fils avait des problèmes psychologiques et restait toute la journée à la maison. Il était sans ressources financières et c'était elle qui l'entretenait. Son dernier emploi avait été un poste à plein temps comme commise administrative 2 à l'université de Genève depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2001. Elle s'était occupée des commandes, des archives, du classement et de la manutention. Ce poste impliquait souvent des déplacements et le port de charges parfois importantes. À part quelques collègues de travail, l'assurée n'avait pas de relations sociales. Quand elle se sentait trop seule, elle allait boire un café pour voir du monde. Ses relations avec sa supérieure hiérarchique n'étaient pas bonnes. Elle se sentait victime de mobbing. Elle souffrait d'un état de fatigue important, se sentait déprimée et dormait mal la nuit. Suite à sa fracture de l'épaule gauche, sa mobilité du bras était fortement réduite. Il avait été convenu avec l'assurée de mettre en place un accompagnement de la reprise du travail avec un prochain point à la mi-juin.
6. Le 14 juin 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin du travail FMH MPH, chef du service de santé du personnel de l'État, a informé l'employeur que l'assurée ne pouvait plus retourner à son poste de travail habituel. Il avait été convenu de

solliciter le centre médical universitaire au plus vite pour un entretien afin de négocier une solution à l'interne.

7. Le 17 juin 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu l'assurée le 28 janvier 2013 et qu'à six semaines d'une arthrolyse de son épaule droite, elle avait, d'un point de vue clinique, déjà des rotations et une élévation qui étaient nettement supérieures au status préopératoire. Le bilan radiologique du jour était très satisfaisant. Il avait proposé à l'assurée d'optimiser l'antalgie, d'arrêter toute physiothérapie et d'effectuer ces exercices d'auto-mobilisation d'une manière horaire. Il comptait la revoir dans six semaines pour un nouveau contrôle clinique. Dans l'intervalle, elle restait en arrêt travail.
8. Le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un second rapport du 17 juin 2013, avoir revu l'assurée en consultation le 10 juin 2013. Elle notait la persistance d'une amélioration du point de vue des douleurs. Elle pouvait travailler les bras coude au corps sans douleurs importantes, ce qui pouvait lui permettre de reprendre une activité professionnelle de type bureau probablement à 100%. Elle restait limitée pour toutes les activités avec les bras au-dessus du niveau de la tête.
9. Dans un rapport du 28 juin 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était globalement amélioré. Elle avait une capacité de travail de 100% dans une activité de travail adaptée telle que celle de secrétaire.
10. Le 19 juillet 2013, Sight and Sound SA a proposé à l'OAI, pour l'assurée, un cours de bureautique, dactylographie, révision en arithmétique et français commercial avec, pour objectifs, qu'elle soit capable de maîtriser les outils de base bureautiques, la frappe à l'aveugle, la révision en français et arithmétique, du 6 août au 8 novembre 2013, pour un total de 173 heures de 45 minutes.
11. Selon une note du dossier du 15 août 2013, un stage avait été trouvé à la direction générale de l'office de la jeunesse du département de l'instruction publique (ci-après DIP) pour l'assurée, dès la fin août 2013, à 50% dans une activité bureautique.
12. Selon une note de travail d'intervention précoce du 21 août 2013, l'assurée allait commencer son stage le 9 septembre 2013, à 50%, le matin. Une reconversion comme employée administrative était envisagée. Elle s'occuperait de la supervision de la gestion des commandes/stocks, organiserait les réunions de la direction et les collations et assumerait la réception. Toute manutention était éliminée.
13. Le 18 septembre 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que le taux d'activité de 50% avait été proposé par le fait que l'intéressée était en arrêt de travail depuis de nombreux mois avec une polyopathie importante toujours en cours de traitement et qu'il s'agissait de reprendre pied progressivement dans un stage cadré. Il y avait une nécessité pour l'intéressée d'un changement radical d'activité, ce qui n'était pas simple. Il faudrait tester sa capacité et sa progression.

14. Par courriel du 23 septembre 2013, le service de santé du personnel de l'État a informé l'OAI que l'assurée était très inquiète, car même si la reprise était récente et qu'on ne lui donnait que très peu travail, elle avait une recrudescence de ses douleurs. Elle continuait toutefois à travailler et contacterait son médecin.
15. Selon un rapport de réadaptation professionnelle, fin d'examen, du 4 octobre 2013, l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de commise administrative à l'université de Genève. Elle avait commencé un stage de reconversion professionnelle comme employée administrative le 9 septembre 2013 à 50%. Le projet de formation était adapté à l'atteinte à la santé, au profil et aux compétences de l'assurée. Sa formation permettrait à l'assurée de retrouver sa capacité de gain. Elle organisait les réunions de la direction et les collations et assumait la réception. Toute manutention était éliminée. Il était proposé de prendre en charge un reclassement professionnel comme assistante administrative au sein du département de l'instruction publique (ci-après DIP), du 9 septembre 2013 au 31 mars 2014, ainsi qu'une formation bureautique chez Sight & Sound SA.
16. Par communication du 7 octobre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge un reclassement professionnel en tant qu'assistante administrative à la direction générale de l'office de la jeunesse du 9 septembre 2013 au 31 mars 2014, y compris des cours de bureautique, dactylographie, révision en français commercial et calcul chez Sight & Sound SA. Il attendait de sa part une présence à plein temps et estimait qu'après l'achèvement du reclassement, elle présenterait une capacité de travail entière.
17. À teneur d'une note de travail du 11 novembre 2013, lors du bilan intermédiaire du 8 novembre 2013 du Département de l'instruction publique (ci-après le DIP), l'assurée avait signalé que sa douleur de l'épaule s'était complètement estompée. Elle se sentait encore bien fatiguée et il n'était pour l'instant pas opportun d'augmenter son taux d'activité. Elle suivait sa formation chez Sight & Sound, qui convenait à ses besoins en termes de contenu et de flexibilité. Les tâches confiées à l'assurée étaient : contrôle des adresses, copies, scannage, aperçu des commandes, organisation de réceptions, secrétariat téléphonique. Il était prévu d'augmenter successivement ses tâches et de lui confier des dossiers complets. Le DIP relevait la motivation, l'engagement, la ponctualité, la disponibilité et le caractère agréable et consciencieux de l'assurée.
18. Selon une note du service de réadaptation professionnelle du 10 février 2014, l'assurée progressait bien dans le cadre de sa formation chez Sight & Sound. Au niveau informatique, français et arithmétique, elle était prête. Il lui manquait encore la communication et la rédaction professionnelle. Elle devrait pouvoir passer les examens d'ici le 30 juin 2014.
19. Selon un bilan de stage établi le 11 février 2014 par l'OAI, le DIP avait fait part à l'OAI d'un comportement de l'assurée qui pouvait paraître ambivalent et embarrassant au niveau relationnel. Elle semblait focalisée sur sa maladie en se

complaisant dans la situation, ce qui était difficilement supportable pour sa collègue de travail directe et l'environnement professionnel en général. Au niveau du travail, l'assurée restait investie et ponctuelle. Elle aurait toutefois des problèmes de concentration et de mémoire. Il paraissait douteux qu'elle puisse travailler sur le marché primaire. Malgré ce bilan mitigé, le DIP était disposé à prolonger le stage jusqu'au 30 juin 2014.

20. Le 17 février 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin interne FMH, a indiqué être opposé à une reprise du travail pour l'assurée vu le contexte algique. Celle-ci se disait soulagée de ne plus avoir de douleurs permanentes, qui étaient extrêmement pénibles avant l'intervention chirurgicale. Cependant, la mobilité était réduite et la très légère activité qu'elle faisait en termes de dactylographie occasionnait en fin de journée une quasi impossibilité à mobiliser la souris, et donc à dactylographier, avec la nécessité de passer le weekend à récupérer une mobilité de l'épaule. Bien que les douleurs permanentes aient pu être soulagées, les limitations fonctionnelles actuelles empêchaient toute activité, tant domestiques que de type bureau.
21. Selon une note de dossier du 26 mars 2014, l'assurée avait informé l'OAI avoir vu le Dr C\_\_\_\_\_ qui l'aurait mise en incapacité de travail totale depuis lors. Elle devait subir au plus vite une intervention chirurgicale au niveau de son épaule. Elle avait arrêté sa formation auprès de Sight & Sound en raison de douleurs à l'épaule en manipulant la souris de l'ordinateur. Elle s'estimait incapable de travailler et souhaitait que l'OAI se détermine quant à son droit à une rente.
22. À teneur d'un rapport établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 28 mars 2014, celui-ci avait revu l'assurée à sa consultation du 24 mars 2014. Celle-ci n'avait jamais récupéré une épaule fonctionnelle et se plaignait toujours de douleurs, ce qui motivait encore un arrêt de travail à 100%. Il était donc probable qu'elle ne reprendrait pas d'activité professionnelle, étant actuellement incapable de taper des lettres. D'un point de vue radiologique, il n'y avait pas eu de péjoration importante de la situation. La seule chose qu'il pouvait encore proposer à la patiente était la mise en place d'une prothèse totale d'épaule. La patiente souhaitait que son problème professionnel soit réglé d'abord. Il lui proposait donc d'effectuer une nouvelle demande à l'assurance-invalidité.
23. Le 7 avril 2014, la conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI a informé le DIP que, le 26 mars 2014, l'assurée avait malheureusement dû mettre un terme à son stage de manière prématurée pour des raisons de santé.
24. Le 10 juin 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a transmis au SMR copie de son rapport médical du 17 février 2014. À teneur de ce dernier, il adressait la patiente au Dr C\_\_\_\_\_ pour faire le point sur sa situation. Dans les suites postopératoires avec amélioration des douleurs permanentes, elle avait passablement souffert de douleurs à l'épaule et n'avait pas pu reprendre le travail. La patiente était cependant très motivée pour travailler et ils avaient convenu d'une reprise à 50% thérapeutique afin d'évaluer sa situation. Les conditions de travail au service du personnel de l'État où elle était

employée étaient très légères. Dans le courant du mois de janvier 2014, la patiente avait de nouveau ressenti des douleurs au niveau de l'épaule. Lors de la réalisation de certains mouvements qu'elle ne pouvait pas précisément décrire, elle pouvait ressentir une sorte de déboitement de l'épaule avec une vive douleur et une impotence fonctionnelle complète à ce moment-là. Elle devait ensuite faire quelques manœuvres pour essayer de remettre l'épaule en place et elle retrouvait ainsi la mobilité de l'épaule. Ces épisodes survenaient entre cinq et six fois par jour. Ils mettaient parfois plusieurs minutes avant de cesser. Le sommeil était perturbé depuis plusieurs mois. La patiente dormait actuellement en décubitus latéral gauche posant sa main gauche sur le lit et soutenant son bras droit à l'aide de la main gauche pour l'immobiliser et le tenir en légère abduction. Cette position devenant inconfortable, elle devait essayer de trouver une position improbable en décubitus latéral droit dans une attitude qui était peu physiologique afin de se reposer et devait en fait revenir à la première position. Ces problèmes entraînaient des réveils fréquents entre cinq et huit fois dans la nuit. La patiente était épuisée sur le plan psychologique en raison de l'impossibilité de se reposer comme il convenait. Il s'était opposé à une reprise du travail vu le contexte algique. L'assurée se disait soulagée de ne plus avoir les douleurs permanentes qui étaient extrêmement pénibles avant l'intervention chirurgicale. Cependant, la mobilité, comme on pouvait s'y attendre parfois, était réduite et la très légère activité que faisait la patiente en termes de dactylographie occasionnait en fin de journée une quasi impossibilité même à mobiliser la souris et donc à dactylographier, bien entendu avec la nécessité de passer le week-end pour récupérer d'une mobilité de l'épaule qui avait été contractée et qui était un peu douloureuse lorsqu'elle faisait ce type d'exercices qui étaient vraiment basiques. Il avait pris connaissance du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 17 juin 2013 espérant une reprise de travail à 100 % de type bureau. Cependant, force était de constater que bien que les douleurs permanentes aient pu être soulagées, les limitations fonctionnelles actuelles empêchaient toute activité.

25. L'OAI a confié une expertise au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a rendu son rapport le 10 septembre 2014. Celui-ci a retenu, notamment, que l'assurée avait eu une poussée arthrosique hyperalgique en mars 2014 justifiant une incapacité de travail dès le mois de mars pour une durée de deux mois, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2014. L'incapacité de travail durable avait commencé le 28 août 2011. Il n'existait pas de capacité de travail de 20% au moins justifiée médicalement du 4 avril 2012 au jour de l'expertise. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. Une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée à raison de 42.5 heures hebdomadaires, sans diminution de rendement. L'exercice d'une activité adaptée était exigible depuis le 28 août 2011, en dehors de la période du 15 janvier 2013 (date de l'intervention chirurgicale) au 15 juillet 2013 (durée de la consolidation post opératoire) et du 27 mars 2014 (crise d'arthrose d'épaule droite) au 1<sup>er</sup> juin 2014 (durée du traitement de la crise d'arthrose de l'épaule droite). L'assurée avait

indiqué qu'elle aimerait travailler dans une réception avec peu ou pas de ports de charges.

26. Dans un rapport du 4 novembre 2014, le doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé qu'il convenait de demander des renseignements en lien avec les douleurs lombaires dont se plaignait l'assurée et de déterminer si une expertise rhumatologique devait être demandée pour ce problème.
27. À teneur d'un rapport établi le 6 janvier 2015 par le docteur H\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé du service de neurochirurgie des HUG, ce médecin avait vu l'assurée en raison de douleurs dorso-lombaires. Un bilan sous forme d'IRM lombaire avait mis en évidence des troubles dégénératifs. Compte tenu de ce résultat radiologique, il ne proposait pas d'emblée une intervention chirurgicale mais confiait la patiente au docteur I\_\_\_\_\_, unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, pour une prise en charge conservatrice de ses douleurs lombaires. Il suggérait également d'effectuer auprès du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie FMH, une électro-neuro biographie à la recherche de signe de polyneuropathie périphérique.
28. Le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport du 29 janvier 2015 que l'assurée était venue à sa consultation pour recherche de signes de polyneuropathie. Le diagnostic était des douleurs et sensations de faiblesse diffuses d'origine probablement non neurologique.
29. À teneur d'un rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_, le 5 juin 2015, l'assurée souffrait de lombalgies non spécifiques et d'un déconditionnement musculaire. Elle pourrait exercer une activité adaptée au handicap, à réévaluer dans trois mois, dans un poste sans port de charge à 50%.
30. Le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladie rhumatismale, a indiqué, dans un rapport du 7 septembre 2015, qu'il suivait l'assurée depuis 2012. Elle était actuellement incapable de travailler à 100%. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle de 25 à 50%, mais pas avant plusieurs mois. Dans un rapport complémentaire, le médecin précisait que les diagnostics étaient une omarthrose droite, des lombosciatalgies sur arthrose facettaire L4-5 avec rétrécissement foraminaux à droite et à gauche ainsi qu'un état anxieux dépressif. La patiente était en attente d'une évaluation pour une prothèse de l'épaule droite. Un traitement de physiothérapie cervico-lombaire améliorerait un peu ses symptômes. Des infiltrations facettaires L4-L5 pourraient être nécessaires et des améliorations partielles étaient attendues avec ce problème. Des arthralgies des doigts étaient probablement en relation avec une arthrose débutante. Il n'y avait pas d'évidence d'une maladie inflammatoire. Une gêne moyenne était attendue à long terme. Les crampes étaient bien diminuées par la prise de Quininesulphate, un traitement énergique de son angoisse et de son état dépressif réactionnel pourrait également améliorer son état fonctionnel. Le Remeron venait d'être commencé.

31. Dans un rapport du 8 janvier 2016, le docteur L\_\_\_\_\_, du SMR, proposait de demander un examen SMR ou une expertise rhumatologique et psychiatrique afin de déterminer les atteintes incapacitantes, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité.
32. L'OAI a demandé au centre d'expertises médicales de Lancy (CEML) de procéder à une expertise psychiatrique et rhumatologique de l'assurée.

a. Le docteur M\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a indiqué dans le rapport d'expertise du 8 juin 2017, avoir établi son rapport après un examen clinique de l'expertisée le 22 mars 2017 et l'étude complète de son dossier médico-asséurologique. Son rapport contient les données subjectives de l'assurée et une anamnèse ainsi que le résultat du status psychique. Selon l'anamnèse, l'assurée était célibataire. Elle passait la plupart de son temps à la maison. À part quelques amis et collègues de travail, sa sœur et sa mère, elle ne voyait pas grand monde. L'expert a indiqué, sous synthèse et discussion, notamment, que malgré son état psychologique actuel ainsi que ses antécédents psychiatriques (abus sexuels, un premier épisode dépressif en 1978 et un second en 2005, survenu après le décès de son père), l'expertisée n'avait pas de suivi psychothérapeutique. Elle était suivie par son médecin traitant depuis 2001; un rendez-vous était fixé environ une fois par mois pour contrôle et prescription de son traitement médicamenteux ainsi que pour ses injections d'AINS ou de corticoïdes lors de ses crises douloureuses.

L'assurée présentait actuellement des éléments de tristesse, de la fatigue, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de dévalorisation et des pensées pessimistes par rapport à son avenir. Ces éléments, de par leur récurrence, leur nature et leur intensité correspondaient à un diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

Sous diagnostic différentiel, l'expert mentionnait : « considérant le diagnostic de trouble somatoforme, intégrant l'ensemble du tableau clinique à l'examen de ce jour, l'anamnèse de l'assurée, ainsi que le dossier médical disponible, à l'heure actuelle, nous ne retenons aucun symptôme physique sans substrat organique ». L'assurée présentait une symptomatologie douloureuse diffuse depuis plusieurs années. Elle décrivait souffrir de douleurs à l'épaule droite, de cervicalgies, de douleurs du bas de la colonne vertébrale ainsi que de la jambe droite. Ces symptômes étaient expliqués avec le plus de vraisemblance selon le rapport d'expertise orthopédique du Dr F\_\_\_\_\_ en mars 2013 par des poussées d'arthrose hyperalgiques. D'autre part, le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 janvier 2015 admettait le diagnostic de troubles dégénératifs lombaires, sous forme de bursite inter-épineuse L2-L3, L3-L4 et sur protrusion discale L4-L5, sans conflit disco-radriculaire. L'expert objectivait, à l'heure actuelle, au premier plan, des limitations fonctionnelles résultant du syndrome douloureux. Au niveau psychologique, les limitations fonctionnelles étaient : un sentiment d'incapacité avec évitement, un découragement, peu de motivation et un effondrement personnel. Les mesures thérapeutiques en cours consistaient en un suivi par le Dr E\_\_\_\_\_.

psychiatrique, les mesures à envisager consistaient en un suivi psychothérapeutique régulier pour aider l'assurée à développer ses capacités à pouvoir mobiliser ses ressources psychologiques. Sur le plan médicamenteux, elle avait répondu de manière favorable à son traitement antidépresseur à base de Remeron 30 mg, une fois par jour, dont elle avait bénéficié quelques mois auparavant. Il serait judicieux d'évaluer à l'heure actuelle l'introduction du même traitement antidépresseur. Ces mesures étaient exigibles immédiatement afin de pouvoir aider l'assurée sur le plan psychologique à résoudre les adversités auxquelles elle était confrontée et améliorer sa capacité de travail. Les facteurs aggravants consistaient en une réticence de la part de l'assurée à reprendre une activité professionnelle et un déconditionnement au travail de plusieurs années. Sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 100% était exigible dans l'activité exercée jusqu'ici avec, à l'heure actuelle, une capacité de rendement de 50%. Même si l'assurée se montrait peu motivée et réticente, l'expert préconisait afin d'améliorer sa capacité de rendement des mesures de réinsertion professionnelle de type aide au placement, stage d'observation et encadrement. Les perspectives professionnelles étaient incertaines, vu la grande demande de l'assurée de reconnaissance de sa souffrance et de son vécu, ainsi que le déconditionnement au travail de plusieurs années étaient à considérer comme des facteurs défavorables.

b. Le docteur N\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a indiqué avoir rédigé son rapport après un examen clinique de l'assurée le 14 mars 2017 (de 13h55 à 15h50), l'étude complète de son dossier médico-asséculogique et un échange avec les Drs K\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Son rapport décrit les affections actuelles de l'expertisée d'après les éléments du dossier, contient une anamnèse détaillée, les plaintes de l'expertisée ainsi que les constatations objectives faites par l'expert. Il mentionnait notamment dans les plaintes subjectives de l'assurée que les douleurs de cette dernière étaient apparues avec l'hormonothérapie pour son cancer du sein en 2012. Elle avait arrêté ses traitements en 2013, après 18 mois sans diminution des douleurs. En 2017, elle n'avait pas encore eu de grosse crise douloureuse. Elle n'avait pas dû faire d'injection de cortisone, mais uniquement une injection d'AINS quelques semaines auparavant et une autre, le matin même, par le Dr K\_\_\_\_\_. Les douleurs étaient très variables. Il y avait parfois une semaine entière sans douleur de l'épaule, pour autant qu'elle évite le port de charges avec le bras droit. Le Dr E\_\_\_\_\_ pensait qu'elle souffrait d'une fibromyalgie, tandis que le Dr K\_\_\_\_\_ estimait, d'après l'assurée, qu'elle souffrait plutôt de crises d'angoisse avec un fond d'arthrose. Les diagnostics rhumatologiques ayant une incidence sur la capacité de travail étaient : « omarthrose M19 ; spondylarthrose lombaire sans compression radiculaire M47 ; discopathies L3-L4 et L4-L5 M5 1.2, sans compression radiculaire ; s/p ostéotomie du trochin, émondage des ostéophytes, arthrolyse et ténodèse du long chef du biceps le 15 janvier 2013 ».

L'assurée bénéficiait d'un suivi optimal par son médecin traitant, son rhumatologue et son chirurgien orthopédique. Actuellement, il y avait des limitations des

amplitudes articulaires de l'épaule droite qui pourraient être améliorées par la pose d'une prothèse d'épaule. Cette opération avait été repoussée pour le moment par l'assurée pour des raisons personnelles.

L'assurée décrivait des crises douloureuses qui pouvaient toucher n'importe quelle partie du corps. Leur survenue et leur durée étaient imprévisibles. Parfois, les injections de corticoïdes soulageaient ses douleurs. Selon le téléphone avec le Dr K\_\_\_\_\_, les poussées douloureuses survenaient souvent dans le cadre d'exacerbations anxieuses. Le Dr E\_\_\_\_\_ confirmait une réponse variable des infiltrations. L'expert n'avait pas d'explications à ces crises douloureuses sur le plan rhumatologique. Le Dr K\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus d'explications somatiques. Le Dr K\_\_\_\_\_ et lui-même ne retenaient pas le diagnostic de fibromyalgie pour l'expertisée. En effet, pendant l'expertise, celle-ci n'avait pas manifesté de comportements douloureux. La seule limitation ostéo-articulaire au status concernait l'épaule droite. Elle conservait une bonne mobilité du rachis lombaire malgré les discopathies et l'arthrose lombaire postérieure objectivées à l'IRM du 15 mars 2017. En revanche, une grande partie de l'anamnèse avait été spontanément dirigée par l'assurée sur les événements d'abus qu'elle avait subis pendant son enfance. Pour obtenir l'anamnèse rhumatologique, l'expert avait dû à plusieurs reprises recentrer l'attention de l'assurée sur ses plaintes ostéo-articulaires.

L'expert retenait une incapacité totale dans l'ancien poste de commise administrative en raison du cahier des charges qui comprenait le port de charges de façon répétée. La capacité de travail était complète dans une activité qui respectait les limitations de l'assurée sur le plan strictement rhumatologique à raison de 42.5 heures par semaine, sans diminution de rendement.

Les limitations étaient que l'épaule droite ne devait pas être placée dans des conditions mécaniques qui pouvaient décompenser ou aggraver l'omarthrose droite. Le port de charges de plus de 1 kg, le travail au-dessus du niveau des épaules, pousser, tirer des chariots, les mouvements répétitifs du membre supérieur droit en charge, le mouvement de lancer ou d'armer le bras étaient contrindiqués. La manipulation de produits dangereux était contrindiquée. L'expert ne savait pas si la pose d'une prothèse de l'épaule droite permettrait de lever une partie de ces limitations. Ces informations pourraient être obtenues auprès du Dr C\_\_\_\_\_. L'assurée était également limitée dans la position penchée en avant, les mouvements de rotation du tronc et d'hyper-extension du tronc.

33. La doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué dans un rapport du 6 juin 2017, qu'elle suivait l'assurée avec une approche psychiatrique-psychothérapie psychodynamique intégrée à raison d'une séance hebdomadaire avec la possibilité d'intervenir entre deux séances selon les besoins de la patiente. Mise à part la problématique somatique dont l'assurée souffrait, la Dresse O\_\_\_\_\_ posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère. Le traitement médicamenteux était contrôlé et adapté par le

---

médecin généraliste, le Dr E\_\_\_\_\_, avec lequel elle avait échangé des informations pertinentes. Comme symptômes les plus inquiétants, elle soulignait une thymie triste (d'où un diagnostic différentiel d'une dysthymie, probablement présente depuis l'adolescence), une idéation suicidaire actuellement passive mais chronique depuis l'enfance (première idée suicidaire à l'âge de 11 ans dans le contexte d'un abus familial), une anhédonie légère, une insomnie de maintien et un pessimisme quant au sens de la vie et aux possibilités d'amélioration. L'assurée se sentait abandonnée, évaluant sa vie comme un échec et les diagnostics somatiques renforçaient cette idéation. Elle vivait dans le passé et n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir qu'elle trouvait sombre et dans lequel elle ne pouvait se voir autrement que patiente-victime. Les atteintes incapacitantes étaient insurmontables dans le contexte actuel, aggravant un risque de décompensation dépressive. La Dresse O\_\_\_\_\_ soutenait la demande d'une éventuelle mise au bénéfice d'une rente d'assurance-invalidité.

34. La doctoresse P\_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué, dans un avis du 28 juin 2017, que les conclusions du SMR du 12 novembre 2013 restaient valables avec une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une capacité de 100% dans une activité adaptée. Il fallait cependant reconnaître une période d'incapacité totale dans toute activité du 27 mars au 1<sup>er</sup> juin 2014, en lien avec une poussée d'arthrose hyperalgique de l'épaule droite. Il fallait également tenir compte d'une baisse de rendement de 50% dès le 22 mars 2017, en raison du trouble dépressif ainsi que de nouvelles limitations fonctionnelles en lien avec les troubles dégénératifs lombaires, à savoir le port de charges de plus de 5 kg, le travail en porte-à-faux lombaire, les mouvements de rotation et d'hyper-extension du tronc. Il fallait communiquer à l'assurée et au psychiatre de son choix l'exigibilité du suivi psychiatrique hebdomadaire, assorti de la prise d'un traitement antidépresseur, dont l'observance serait contrôlée par monitoring sanguin. À l'issue de trois mois de traitement bien conduit, parallèlement à la poursuite des mesures de réadaptation, il faudrait questionner le psychiatre traitant afin de juger de l'évolution de la baisse de rendement.
35. Selon un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, des mesures d'ordre professionnel (MOP) avaient déjà été octroyées et d'autres mesures ne seraient pas de nature à réduire le dommage. En 2014, la perte de gain de l'assurée pour la partie professionnelle s'élevait à 29%. En 2017, sa perte de gain s'élevait à 63% pour la partie professionnelle.
36. Le 21 novembre 2017, la Dresse O\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis mi-mai 2017 à la suite de la rencontre de celle-ci avec l'expert rhumatologue en mars 2017. Le suivi dont bénéficiait cette dernière était une approche psychiatrique-psychothérapie dynamique intégrée à raison d'une séance hebdomadaire avec la possibilité d'intervenir entre deux séances selon les besoins de la patiente. Celle-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel d'intensité modérée). La patiente avait subi plusieurs traumatismes dans son passé, depuis son enfance. Il

---

s'agissait de violence plurimodale, qui avait mené son abuseur à la prison, sans qu'un suivi psychologique de soutien ne soit proposé à l'assurée. L'abuseur malgré son récidivisme reconnu par les instances juridiques avait été libéré à trois reprises, la dernière fois en 2017. Un sentiment d'injustice et d'insécurité poursuivait sa patiente depuis de nombreuses années. Elle se sentait abandonnée par le système. Malgré sa fragilité psychologique, elle poursuivait son activité professionnelle et trouvait un équilibre dans son rôle de mère. Il fallait noter que son fils avait lui-même subi de la violence physique de la part de son père toxicomane et que c'était l'assurée qui avait pu organiser la prise de soins de son fils. Au moment d'une amélioration, son cancer avait été diagnostiqué. Elle avait été prête à le surmonter et avait accepté la chimiothérapie. Néanmoins, la possibilité de la mort avait été aussi vécue comme un soulagement et une fuite de sa vie difficile. Les douleurs somatiques insupportables avaient commencé le premier jour de sa chimiothérapie. Depuis lors, elle était en contact avec sa peur de vie qui l'envahissait encore plus que sa peur de mort. La dépression, qui avait bouillonné dans son inconscient, avait commencé à se manifester à travers les symptômes somatiques paralysants. La thérapie actuelle avait pour objectif de retrouver la confiance en la justice, la vie et la sécurité. Des antidépresseurs avaient été introduits, mais la patiente avait eu des effets secondaires importants. Actuellement, elles cherchaient une autre molécule tandis que l'insomnie était actuellement soulagée par 15 mg d'Imovane par jour. Le traitement médicamenteux visant à soulager les douleurs somatiques était contrôlé et adapté par le Dr E\_\_\_\_\_. Comme symptômes les plus inquiétants, elle soulignait une thymie triste, une idéation suicidaire (actuellement passive mais chronique depuis l'enfance), une anhédonie légère, un sentiment de culpabilité (elle « atténue » consciemment ses idées suicidaires pour rester vivante pour son fils qui avait des passages à l'acte à but suicidaire et pour sa petite sœur gravement malade), une insomnie de maintien (soulagée par l'Imovane) et un pessimisme quant au sens de la vie et aux possibilités d'amélioration. Comme conséquence, elle se sentait abandonnée, évaluant sa vie comme un échec. Elle vivait dans le passé et n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir qu'elle trouvait sombre et dans laquelle elle ne pouvait se voir autrement que patiente-victime et, en même temps, comme l'unique sauveur des vies de son fils et de sa petite sœur (qui était femme célibataire avec deux filles mineures). Les atteintes incapacitantes de l'assurée étaient insurmontables dans le contexte actuel, aggravant le risque de décompensation dépressive.

37. Dans un rapport établi par la Dresse O\_\_\_\_\_ le 27 décembre 2017, a indiqué qu'aucune activité n'était encore exigible de l'assurée.
38. Dans un avis du 23 janvier 2018, la Dresse P\_\_\_\_\_, du SMR, a considéré qu'au vu du status psychiatrique, du diagnostic retenu, de la stabilité de la situation malgré l'absence de traitement antidépresseur, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_, en faveur de celles de la Dresse O\_\_\_\_\_. L'expert ne se prononçait pas sur le début de l'incapacité de travail en lien avec le trouble

---

dépressif. Il mentionnait un premier épisode dépressif en 1978 et un second en 2005. Après examen des pièces médicales du dossier, il apparaissait qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée pour des raisons psychiatriques avant le 22 mars 2017, date de l'examen du Dr M\_\_\_\_\_. À partir de cette date, le trouble dépressif justifiait une baisse du rendement de 50% dans une activité adaptée effectuée à 100%. L'incapacité était totale dans l'activité habituelle depuis le 28 août 2011 en raison de l'atteinte à l'épaule droite de l'assurée.

Dans une activité adaptée telle que celle d'assistante administrative, la capacité de travail était de 100% du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 26 mars 2014, de 0% du 27 mars au 1<sup>er</sup> juin 2014 (poussée d'arthrose hyperalgique de l'épaule), de 100%, sans baisse de rendement, du 2 juin 2014 au 21 mars 2017 et de 100% avec baisse de rendement de 50% dès le 22 mars 2017.

39. Par projet de décision du 2 février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'une rente entière lui était octroyée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, puis supprimée trois mois civils entiers suivant le début des mesures de réadaptation qui avaient eu lieu le 9 septembre 2013. Son droit à la rente renaissait du 1<sup>er</sup> mars au 31 août 2014. Elle avait droit à un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2018 sur la base d'un degré de 63%.

À l'issue de l'instruction médicale, le SMR admettait une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 28 août 2011 (début du délai d'attente d'une année) jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2013. Ainsi, l'assurée aurait eu droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012. Cependant, sa demande étant tardive, le droit à des prestations ne pouvait naître qu'au 1<sup>er</sup> septembre 2013. Dès cette date, elle avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En conséquence, elle avait été mise au bénéfice d'une mesure de réadaptation professionnelle du 9 septembre 2013 au 27 mars 2014. À cette date, son état de santé s'était aggravé et sa capacité de travail avait été à nouveau nulle du 27 mars au 1<sup>er</sup> juin 2014. Son droit à une rente entière avait repris naissance au 1<sup>er</sup> mars 2014. Dès le 2 juin 2014, elle possédait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Il avait évalué son invalidité dès le 2 juin 2014 en comparant le salaire qui aurait été le sien sans atteinte à la santé, soit CHF 72'916.-, avec celui qui aurait été le sien malgré l'atteinte à la santé, soit CHF 51'526.-.

Ainsi, au 2 juin 2014, son degré d'invalidité s'élevait à 29%. Ce taux ne permettait pas le maintien de son droit à des prestations et son droit à une rente d'invalidité était supprimé au 31 août 2014.

Le SMR estimait que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé en mars 2017 (nouvelle atteinte) et que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était plus que de 100% avec une baisse de rendement de 50% dans une activité adaptée, dès cette période (début d'un nouveau délai d'attente).

Dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, l'OAI avait calculé son degré d'invalidité en comparant le salaire qui aurait pu être le sien, sans atteinte à la santé, soit CHF 75'752.-, avec

---

celui auquel elle aurait encore pu prétendre, soit CHF 27'699.-. La comparaison des revenus donnait un degré d'invalidité de 63%, ce qui lui ouvrait le droit à un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2018.

40. À teneur d'une note de l'OAI sur la détermination du degré d'invalidité, l'OAI a retenu qu'en 2013, le salaire de l'assurée s'élevait à CHF 5'484.65 pour une classe 7 annuité 9. En 2014, en tenant compte d'une annuité supplémentaire et selon l'échelle des traitements de l'État de Genève, le salaire de l'assurée se serait élevé à CHF 72'916.-.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'assurée avait été mise au bénéfice d'un reclassement en qualité d'assistante administrative et avait effectué un stage au sein de l'État de Genève. Cette formation lui permettait d'entreprendre des tâches plus variées et donc plus adaptée à ses limitations fonctionnelles qu'un poste de commis administrative qui impliquait des tâches moins variées et dont le rythme avait une plus grande incidence sur la capacité de travail au regard des tâches répétitives. En 2014, à l'issue des MOP, l'assurée présentait, selon le SMR, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations. L'OAI retenait un salaire statistique 2014 pour des tâches administratives (77-82), de niveau II (tâches pratiques administratives), et accordait une réduction de 15% en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assurée. Ainsi, celle-ci aurait pu théoriquement réaliser un salaire de CHF 72'916.- en 2014.

En 2017, en tenant compte de quatre annuités supplémentaires par rapport à 2013 et selon l'échelle des traitements de l'État de Genève, le salaire de l'assurée se serait élevé à CHF 75'752.- annuels pour une classe 7 annuité 13.

S'agissant du revenu avec invalidité, en 2017, la même activité d'assistante administrative restait adaptée, en tenant compte de la baisse de rendement de 50%. L'assurée ayant toujours travaillé dans le domaine administratif, cette activité restait exigible. Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, réactualisé à 2016 (dernier chiffre en possession de l'OAI), avec une capacité de travail de 50% et en tenant compte d'une réduction de 10% en raison de l'âge (les limitations fonctionnelles étant déjà prises en compte dans la baisse de rendement) l'assurée pouvait prétendre à un salaire théorique de CHF 27'699.-.

41. Le 7 février 2018, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI. Elle contestait le taux d'invalidité retenu de 29% dans une activité adaptée dès le 2 juin 2014, étant donné qu'elle n'avait même pas réussi à travailler lors des mesures de réadaptation et qu'elle avait dû interrompre la mesure. Elle contestait également la nouvelle atteinte à la santé en mars 2017, son état de santé n'ayant pas changé depuis 2012.

L'assurée a produit un rapport médical établi par le Dr E\_\_\_\_\_ le 6 mars 2018, lequel estimait qu'elle était en incapacité de travail à 100% depuis 2012. Il avait désapprouvé le stage de réadaptation qui avait été proposé à sa patiente, car ses douleurs empêchaient toute activité régulière. Ses douleurs à l'épaule droite étaient

---

encore limitantes, mais actuellement tolérables. De plus, un problème psychiatrique avait été mis en évidence, pour lequel la patiente était maintenant suivie, problématique qu'il avait déjà soulevée avec la patiente, qui n'était alors pas prête à une prise en charge de cette nature. Sur le plan de la physiopathologie et de la psychopathologie, il n'était pas exclu que le problème psychiatrique puisse être si important qu'il entraîne une somatisation.

42. Dans un avis du 11 mai 2018, la Dresse P\_\_\_\_\_, du SMR, a considéré que le courrier du Dr E\_\_\_\_\_ du 6 mars 2018 n'apportait pas d'élément médical nouveau ou parlant pour une aggravation de l'état de santé de l'assurée et que les conclusions du SMR du 23 janvier 2018 restaient valables.
43. Par décision du 13 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'elle maintenait son projet de décision.
44. Le 9 octobre 2018, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle contestait le taux d'invalidité de 29% dans une activité adaptée dès le 2 juin 2014, étant donné qu'elle n'avait même pas réussi à travailler lors des mesures de réadaptation. Elle contestait également la nouvelle atteinte à la santé retenue en mars 2017, car son état de santé n'avait pas changé depuis mars 2012. C'était simplement depuis cette date qu'elle suivait une psychothérapie qui concluait que ses douleurs étaient liées à une dépression physique. Donc, en mars 2017, on ne pouvait pas dire qu'un nouveau diagnostic était tombé, étant rappelé que ses douleurs existaient depuis mars 2012. Elle demandait une rente entière d'invalidité dès la fin de son droit au salaire, soit en 2012. Son incapacité de travail totale était prouvée par les différents rapports médicaux annexés à son recours.

À l'appui de son recours, l'assurée a notamment transmis à la chambre de céans :

- un rapport établi le 4 juin 2018 par la doctoresse Q\_\_\_\_\_, du service d'oncologie des HUG, attestant que l'assurée était suivie par ce service depuis 2011, qu'elle se plaignait de douleurs poly-articulaires et de fatigue depuis 2012 et que ses symptômes avaient débuté dans un contexte d'hormonothérapie, qui avait été interrompue en 2014 ;
- un rapport établi le 19 octobre 2017 par la doctoresse R\_\_\_\_\_, de l'institut de radiologie de la clinique Générale-Beaulieu, concluant suite à un US Cervical, que le nodule droit de la glande thyroïde de l'assurée, qui avait été ponctionné en 2016 n'avait pas subi de modification ;
- un rapport adressé le 19 octobre 2015 par le Dr K\_\_\_\_\_ au Dr E\_\_\_\_\_ l'informant qu'il n'y avait pas lieu de poser le diagnostic de polymyalgia rhumatica dans le cas de l'assurée. En 2012, celle-ci avait développé des douleurs diffuses qu'elle attribuait aux traitements de Femara et d'Aromain sur plusieurs sites. Elle souffrait également d'une angoisse et d'un état dépressif réactionnel avec insomnies et certaines douleurs évoquaient une fibromyalgie. Il avait essayé d'améliorer ses souffrances en introduisant le Remeron et le

Zaldiar ainsi que du sulfate de quinine pour ses crampes. Elle avait eu des infiltrations de l'épaule gauche et lombaire L4-5. Elle continuait un programme de physiothérapie cervicale et lombaire. Une décision quant à la pose d'une prothèse d'épaule droite était attendue ;

- un rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_ le 9 avril 2015 indiquant que l'assurée avait participé à leur programme multidisciplinaire de prise en charge de maux de dos dès le 25 mars 2015. Les diagnostics étaient des cervicalgies et des lombalgies chroniques non déficitaires. Sur le plan psychique, la patiente était calme, collaborante avec une thymie neutre. Elle se décrivait comme quelqu'un de très actif avant sa maladie oncologique et qu'après l'hormonothérapie (qu'elle avait arrêtée pour les effets secondaires), elle s'était sentie épuisée, algique avec une tendance à s'isoler socialement. Elle exprimait un besoin de prendre en main sa situation actuelle après plusieurs « coups » qu'elle avait subis au long de sa vie et pensait qu'une prise en charge dans leur programme pourrait l'aider dans une « renaissance ». Selon ses réponses au questionnaire de personnalité NEO-PI R, elle se décrivait comme une personne émotionnellement stable, ce qui contrastait avec les résultats à l'échelle HAD, où les scores de dépression et d'anxiété révélaient une détresse psychologique modérée. Elle pouvait en effet avoir une tendance à ne pas partager sa détresse. Elle exprimait un besoin élevé de contrôle, à vérifier si elle présentait des comportements obsessionnels qui lui servaient possiblement pour contrer sa détresse. Elle se décrivait comme une personne qui n'éprouvait pas le besoin de stimulation et qui préférait se tenir à une routine qu'elle connaissait et appréciait déjà. Elle était peu ouverte à l'exploration de son univers intérieur. Elle présentait des capacités relationnelles élevées, se décrivant comme chaleureuse, sensible, altruiste et faisant confiance aux autres. Elle avait été prise en charge au centre de thérapie brève (CTB) en 2007 pour un épisode dépressif moyen et avait bénéficié d'un programme individuel et de groupe avec un bon investissement. Elle avait également bénéficié d'un traitement antidépresseur en 2004 en raison d'un syndrome algique. Il était convenu qu'elle participe à un groupe de parole hebdomadaire afin de s'appuyer sur ses ressources relationnelles pour renforcer la capacité de partage affectif et éviter le risque de solitude ;
- un rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_ le 26 juin 2015 indiquant que l'assurée avait participé à leur programme multidisciplinaire de prise en charge de maux de dos du 25 mars au 2 juin 2015. Elle avait suivi dans ce cadre un traitement de physiothérapie et de psychiatrie (groupe de parole une fois par semaine). Il y avait une amélioration de la mobilité et reprise des activités de loisirs (café, repas, voir ses amis), malgré les douleurs encore présentes d'intensité fluctuantes. Actuellement la patiente ne se sentait pas en mesure de reprendre son activité professionnelle. Objectivement, il soutenait cela. Il faudrait réévaluer sa capacité en fonction du progrès suite à la poursuite de la musculation autonome en salle deux à trois fois par semaine ;

- un rapport établi le 3 septembre 2015 par des médecins du centre d'oncologie des HUG indiquant avoir vu l'assurée en consultation le 25 août 2015. Le diagnostic oncologique était un carcinome bifocal uni centrique du sein gauche. La patiente avait été revue dans le cadre de la surveillance oncologique. Elle exprimait les mêmes plaintes, à savoir des douleurs articulaires intéressant les petites et les grandes articulations pour lesquelles elle avait une prise en charge à Beau-Séjour, sans aucune amélioration. Actuellement, elle était prise en charge par le Dr K\_\_\_\_\_ qui la connaissait bien depuis de nombreuses années en raison d'une coxalgie droite. Les douleurs étaient moins intenses en raison d'une injection qu'elle avait eue le jour précédent et l'introduction de Zaldia et de Remeron. Elle se trouvait à plus de cinq ans du traitement conservateur d'un cancer du sein bifocal sans aucun argument clinique et radiologique de récurrence locorégionale. Dans le cadre de la surveillance oncologique chez cette patiente qui n'avait pas eu de traitement hormonal, un suivi biannuel avait été convenu ;
  - un courrier adressé le 11 novembre 2014, par le Dr E\_\_\_\_\_ au Dr H\_\_\_\_\_ par lequel il lui adressait sa patiente pour un avis sur un résultat d'IRM lombaire pratiquée en raison de douleurs diffuses au niveau du dos ;
  - un résumé de séjour établi le 28 janvier 2014 par des médecins du service des urgences des HUG posant le diagnostic principal de faiblesse des membres inférieurs. La patiente avait été adressée par son médecin traitant pour suspicion de Guillain-Barré. Depuis 15 jours, la patiente avait une douleur aux membres inférieurs avec faiblesse et une sensation de genoux faibles. Il n'y avait pas de critère pour un Guillain-Barré Un rendez-vous avec suivi chez le médecin traitant était préconisé ainsi que d'investiguer d'autres causes de l'asthénie ;
  - un rapport établi par le Dr D\_\_\_\_\_ suite à un entretien médical du 22 août 2012 concluant que l'assurée avait été absente une année en raison de la thérapeutique d'un cancer du sein gauche avec comorbidités durant le traitement touchant l'épaule droite. Un rendez-vous était prévu le 30 août pour une planification opératoire encore à déterminer. Le retour au travail était tributaire de l'évolution de l'état de santé en lien avec le cancer du sein et l'évolution postopératoire du fonctionnement de l'épaule droite.
45. Par réponse du 6 novembre 2018, l'intimé a confirmé sa décision relevant que d'un point de vue psychiatrique, l'expert écartait le trouble somatoforme et retenait un diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen justifiant une baisse de rendement de 50% dès le 22 mars 2017. La recourante n'invoquait aucun argument susceptible de remettre en cause ses conclusions.
46. Le 23 novembre 2018, la recourante a maintenu les termes de son recours. Elle relevait que son entretien avec l'expert F\_\_\_\_\_ s'était très mal passé. Celui-ci l'avait agressée verbalement et avait nié le fait qu'elle n'avait pas ses appareils auditifs et qu'elle ne comprenait pas ses propos et ses questions. À cette époque, elle était restée plusieurs mois sans revenu et n'avait pas pu s'acheter des piles pour

ses appareils auditifs. Cet entretien l'avait fortement bouleversée comme pourrait en témoigner son fils qui l'avait attendue à la sortie de son rendez-vous avec l'expert.

En ce qui concernait le diagnostic d'un point de vue psychiatrique de l'expertise du 8 juin 2017, elle persistait à affirmer avoir suivi plusieurs psychothérapies avant ce diagnostic, ce qui mettait en évidence que le diagnostic de trouble dépressif récurrent était déjà présent auparavant lors de ses précédents suivis psychiatriques (groupe de parole à la clinique de Beau-Séjour, suivi psychiatrique au CTB avec prise régulière d'antidépresseurs).

Le Dr S\_\_\_\_\_ avait détecté en octobre dernier un œdème sur sa corde vocale gauche et avait contacté les HUG. Elle était actuellement en attente d'une nouvelle opération.

47. Lors d'une audience du 21 août 2019, la recourante a déclaré à la chambre de céans : « S'agissant des mesures de réadaptation qui m'ont été proposées, il s'agissait d'un stage à la direction générale de l'office de la jeunesse. Trois médecins m'ont interdit de faire ce stage, mais Mme S de l'OAI m'a encouragée à le faire malgré les douleurs que je ressentais. Je ne pouvais pas utiliser ma main droite. Lorsque j'ai fait ce stage, j'avais des douleurs sur tout le corps. J'étais à la réception et je ne comprenais pas ce que les gens disaient à cause de mon problème auditif. J'ai même dû me rendre deux fois aux urgences, car je ne pouvais plus marcher. On m'a dit que ce n'était pas un problème neurologique. J'ai des douleurs sur tout le corps. On m'a donné des dossiers à classer mais je n'ai pas réussi. Je ne peux pas lever les bras. Je crois que j'ai fait trois lettres pré-rédigées avec la main gauche et j'ai arrosé les plantes. Je suis restée cinq ou six mois. Mme T\_\_\_\_\_ me disait de chercher du travail en parallèle. Le stage était à 50% et le reste du temps j'avais une formation chez Sight & Sound, tous les après-midi. J'avais un professeur particulier. Au début les cours étaient en groupe. Je faisais une formation de secrétariat. Auparavant, j'ai été 22 ans serveuse, puis j'ai travaillé comme commise administrative à la faculté de médecine pendant 11 ans, suite à une période de chômage. J'ai une formation de gouvernante d'hôtel que j'ai faite à Glion. Pendant mon stage je ne faisais rien. J'attendais les quatre heures pour rentrer chez moi pour aller dormir. J'avais très mal à mon épaule. J'ai eu un accident à l'épaule en 1980. Par la suite j'ai pu l'utiliser sans problème. Mes douleurs à l'épaule sont dues au fait que pendant la radiothérapie on m'a demandé de lever les deux bras pour gonfler les poumons. Cela m'a provoqué des douleurs épouvantables, car la mobilité de mon épaule droite était déjà limitée mais sans douleurs. Ma vie a basculé au moment où j'ai pris l'hormonothérapie. Vous me relisez la note de travail du 11 novembre 2013 de l'OAI : je me souviens de cette réunion pour un bilan intermédiaire. Il est possible qu'à ce moment mon épaule ne me faisait pas mal. Par moments la douleur se calme. C'était après l'opération de l'épaule. Je me souviens qu'à ce moment-là j'étais contente car je n'avais plus mal, mais cela n'a pas duré. Cela doit être attesté par mon médecin généraliste. Contrairement à ce qui est indiqué dans cette note de

travail, la formation chez Sight & Sound n'a pas été bien pour moi. Je n'avais pas de concentration, ni de mémoire et des douleurs. J'ai reçu des attestations de réussite, ce qui m'a étonné car selon moi je n'ai rien réussi. S'agissant des tâches qui sont énumérées dans la note, je précise que pour les réceptions c'était ma collègue qui portait les plateaux et que je ne comprenais pas au téléphone. J'indique que s'agissant de mon problème auditif en 2013 mes appareils fonctionnaient. Même dans ce cas, je ne peux pas entendre au téléphone car je dois enlever mes appareils car ils font un sifflement en raison des piles qui réagissent au téléphone. Même avec mon téléphone, je ne comprends pas toujours les gens, cela dépend si la voix est aiguë ou grave. Lorsque j'ai vu l'expert F\_\_\_\_\_, je n'avais plus d'argent pour m'acheter des piles pour les appareils auditifs. Il m'a dit que je devais favoriser cet achat par rapport à d'autres. Mes moyens ne me permettaient même pas d'acheter suffisamment à manger. Cet expert a été inhumain et malhonnête. Je me suis sentie comme une délinquante. En revanche les deux autres experts ont été fantastiques et humains. Je ne conteste pas le contenu de cette note de travail. Je relève toutefois que j'ai pu faire des erreurs.

Lorsque j'ai demandé les prestations de l'assurance-invalidité, j'ai mentionné l'épaule mais j'avais également mal dans tout le corps. Je pensais que c'était provisoire et que je pourrais travailler à nouveau. J'ai arrêté l'hormonothérapie car je pensais que c'était la cause de mes douleurs, mais malheureusement celles-ci ont continué. Selon mon rhumatologue, les médicaments ont été un déclencheur. Personne n'a pu mettre un nom sur les douleurs que je ressens au dos et aux jambes, partout. Actuellement je prends encore beaucoup de médicaments et je suis isolée. Parfois je vais me promener avec ma nièce au jardin botanique, mais après je souffre. Je fais souvent des tendinites à la fesse. Cela peut être le dos mais aussi toutes les parties du corps. La douleur varie, elle atteint les deux bras. J'ai beaucoup de crampes. Parfois cela va mieux pendant quelques heures mais je suis plus souvent au lit que dehors. Je ne fais pas grand-chose dans la journée. Je vois ma sœur régulièrement le weekend et parfois le mercredi. Je vois également ma nièce heureusement. Elle a 5 ans. Elle est magique et elle me donne beaucoup de bonheur. J'ai une autre nièce qui a 14 ans et qui est plus indépendante. Mon fils vient me voir tous les mercredis soirs. Il a 29 ans. Il va bien.

Je suis isolée et révoltée. J'ai eu un zona lors du refus des prestations par l'OAI. Dans ma vie, j'ai eu beaucoup de dépressions, il m'est arrivé des choses dures. Je vais boire un verre de rouge de temps en temps dans un bar en face de chez moi. J'ai rencontré des espagnols gentils comme tout. Cela me fait du bien moralement. Je suis stressée d'attendre la décision de l'OAI. Cela prend beaucoup de temps. Je ne comprends pas pourquoi certaines personnes touchent une rente et pas moi.

Je regarde peu la télévision. Je n'écoute pas de musique. Je jouais à Candy crush, mais je ne peux plus à cause de l'épaule droite. Avant j'étais une très bonne cuisinière, maintenant je fais des choses simples, des lentilles, des légumes à l'eau. Il y a des choses que je ne peux plus ouvrir, par exemple des pots de moutarde.

Mon fils doit m'aider. Je lui demande parfois d'enlever la housse du duvet. Quand il n'y a personne, je lave le tout au salon-lavoir, le duvet et la housse, mais je répète que c'est par périodes. Il y a des fois où je ne peux plus rien faire et parfois je peux enlever la housse du duvet. De mon point de vue, je ne pourrais pas avoir une activité professionnelle quelle qu'elle soit à l'heure actuelle. Je manque de souffle aussi. J'ai des nodules aux cordes vocales et à la thyroïde qui sont vérifiés chaque année. Il m'est difficile même de faire la vaisselle car je suis essoufflée. Il y a des jours où je n'arrive même plus à m'habiller. J'ai demandé de l'aide à Pro Infirmis. Bientôt je ne pourrai plus vivre seule. Pour l'obtenir il faudrait que j'aie une rente à 100% et pas un trois quart de rente pour pouvoir être dans une maison médicalisée.

J'espère qu'il va être pris en compte que ce que je vis n'est pas une partie de plaisir. Je suis dépendante médicalement. Je prends beaucoup de médicaments, cortisone. Même si c'est refusé, j'irai encore plus loin. Je trouve que le médecin de l'État n'a pas fait son travail. Actuellement, je ne peux plus écrire à la main. »

48. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

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

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès la fin de son droit au salaire en 2012.

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

5. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b)
6. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1)

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de

---

ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

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

Un rapport 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en

---

collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. 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, ATF122 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, 122 V 157 consid. 1d).

10. a. En l'espèce, la recourante conteste le taux d'invalidité de 29% dans une activité adaptée dès le 2 juin 2014, retenu par l'intimé dans la décision querellée, au motif qu'elle n'avait pas réussi à travailler lors des mesures de réadaptation, en raison de ses douleurs. Ce faisant, elle remet en cause la capacité de travail retenue par les experts.

b. Il convient d'examiner en conséquence la force probante de l'expertise sur laquelle l'intimé s'est fondé pour calculer le taux d'invalidité. Le Dr N\_\_\_\_\_ a pris ses conclusions du 24 mai 2017 sur un examen clinique de la recourante effectué le 14 mars 2017, l'étude de son dossier et des entretiens téléphoniques avec les Drs K\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. L'expert a résumé le dossier de l'assurée et a procédé à une anamnèse complète. Il a rapporté les plaintes subjectives de l'assurée et ses constatations objectives. Il a posé les diagnostics rhumatologiques ayant une incidence sur la capacité de travail d'omarthrose; de spondylarthrose lombaire sans compression radiculaire M47; de discopathies L3-L4 et L4-L5, sans compression radiculaire, et de status post ostéotomie du trochin, émondage des ostéophytes, arthrolyse et ténodèse du long chef du biceps le 15 janvier 2013. S'agissant des crises douloureuses qui pouvaient toucher n'importe quelle partie du corps de survenue et de durée imprévisibles décrites par la recourante, l'expert n'avait pas d'explications. Il n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie, car pendant l'expertise, la recourante n'avait pas manifesté de comportements douloureux. La seule limitation ostéo-articulaire au status concernait l'épaule droite. La recourante

conservait une bonne mobilité du rachis lombaire malgré les discopathies et l'arthrose lombaire postérieure objectivées à l'IRM du 15 mars 2017. Il relevait à cet égard que le Dr K\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus d'explications somatiques aux douleurs de la recourante et qu'il ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie.

Dans son rapport adressé le 19 octobre 2015 au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr K\_\_\_\_\_ indiquait qu'il n'y avait pas lieu de poser le diagnostic de polymyalgia rheumatica dans le cas de l'assurée et que certaines douleurs qu'elle avait développées évoquaient une fibromyalgie. Ce rapport ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, bien qu'il évoque une fibromyalgie, dès lors qu'il a été établi bien avant l'expertise et que celle-ci est notamment fondée sur un entretien téléphonique plus récent avec le Dr K\_\_\_\_\_, lors duquel ce dernier a indiqué qu'il n'avait pas d'explication sur le plan rhumatologique aux crises douloureuses de la recourante et qu'il ne retenait pas le diagnostic de fibromyalgie. La teneur de cet entretien est confirmée par les déclarations de l'assurée faite à l'expert auquel elle a indiqué que le Dr K\_\_\_\_\_ estimait qu'elle souffrait plutôt de crises d'angoisse avec un fond d'arthrose que d'une fibromyalgie. Enfin, le fait que le Dr E\_\_\_\_\_ pensait au diagnostic de fibromyalgie n'est pas déterminant, dès lors qu'il n'est pas spécialiste en rhumatologie et qu'il ne pouvait par conséquent pas poser ce diagnostic lui-même.

Le 17 février 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que depuis l'intervention chirurgicale, il y avait une amélioration des douleurs de l'assurée. Il estimait néanmoins que la mobilité était réduite, en lien avec l'épaule de l'assurée, et que les limitations fonctionnelles actuelles empêchaient toute activité, tant domestique que de type bureau. Cette appréciation médicale ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, dès lors que le Dr E\_\_\_\_\_ fonde une incapacité totale de travail en raison des limitations de la recourante liées à son épaule, sans envisager un travail respectant ses limitations. Il est peu vraisemblable que de telles limitations fonctionnelles empêchent toute activité.

Quant au rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_, il retient que l'assurée souffrait de lombalgies non spécifiques ainsi que d'un déconditionnement musculaire et qu'elle pourrait exercer une activité adaptée au handicap, à réévaluer dans trois mois, dans un poste sans port de charge à 50%. Ce rapport ne suffit pas non plus à remettre en cause la valeur probante du rapport de l'expert, dès lors que le Dr I\_\_\_\_\_ retient également une capacité de travail dans une activité adaptée, même s'il a une appréciation différente du pourcentage de travail exigible. Une évaluation médicale complète et approfondie d'un médecin indépendant ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente.

Il en résulte que le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant du rapport d'expertise psychiatrique du Dr M\_\_\_\_\_, il n'est pas contesté par les parties et il y a ainsi lieu de se fonder sur ses conclusions, étant

relevé qu'il répond aux réquisits pour se voir reconnaître force probante. Les rapports de la Dresse O \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions du Dr M \_\_\_\_\_, et en particulier son appréciation de la capacité de travail de la recourante, étant relevé que, dans son rapport du 6 juin 2017, celle-ci ne retenait qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère (alors que l'expert retenait pour sa part le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, actuellement moyen), sans se prononcer sur la capacité de travail. Ce n'est que le 21 novembre 2017 que la Dresse O \_\_\_\_\_ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée, en précisant que les atteintes incapacitantes étaient insurmontables dans le contexte actuel. Il ne ressort pas des rapports de la Dresse O \_\_\_\_\_ d'éléments qui auraient été ignorés par l'expert suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celui-ci.

Il convient encore de relever que le bilan intermédiaire du stage de l'assurée au DIP du 8 novembre 2013 est plutôt favorable et qu'il ne confirme pas que la recourante était totalement incapable de travailler, du moins jusqu'à son arrêt de travail en mars 2017. Ce dernier a été pris en compte par l'intimé, qui a, sur la base d'un avis du SMR du 28 juin 2017, retenu que la recourante avait été totalement incapable de travailler dans toute activité du 27 mars au 1<sup>er</sup> juin 2014, en lien avec une poussée d'arthrose hyperalgique de l'épaule droite.

La décision querellée est donc fondée en tant qu'elle a établi la capacité de travail résiduelle de la recourante sur la base des expertises effectuées par les experts M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_.

Le calcul de l'invalidité n'a pas été critiqué par la recourante et il n'appelle pas la critique. Il en résulte que c'est à juste titre que l'intimé a retenu un taux d'invalidité de 29% dans une activité adaptée dès le 2 juin 2014.

11. a. La recourante a encore contesté la prise en compte par l'intimé d'une nouvelle atteinte à la santé dès mars 2017. Selon elle, son état de santé n'avait pas changé depuis mars 2012. C'était simplement depuis mars 2017 qu'elle suivait une psychothérapie, qui concluait que ses douleurs étaient liées à une dépression physique. Un nouveau diagnostic n'était donc pas tombé en mars 2017, étant rappelé que ses douleurs existaient depuis mars 2012. Elle avait suivi plusieurs psychothérapies avant ce diagnostic, ce qui démontrait que le diagnostic de trouble dépressif récurrent était déjà présent lors de ses précédents suivis psychiatriques (groupe de parole à la clinique de Beau-Séjour, suivi psychiatrique au CTB avec prise régulière d'antidépresseurs).

- b. Le Tribunal fédéral a jugé que la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus d'une première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année avait, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance

---

(ATF 136 V 369 consid. 3.1 p. 373 et les références; arrêt 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138; voir également MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 138 ad art. 4 LAI).

Dans un arrêt 9C\_697/2015 du 9 mai 2016, le Tribunal fédéral a confirmé – s’agissant d’un assuré qui avait été incapable de travailler d’abord en raison de troubles somatiques (lésions subies à l’épaule à la suite de l’accident survenu en juillet 2009), puis en raison de troubles psychiatriques (schizophrénie paranoïde et trouble dépressif sévère dès janvier 2012), – les conclusions des premiers juges qui avaient considéré que les atteintes somatiques de juillet 2009 étaient distinctes de celles psychiatriques apparues en janvier 2012 et que les secondes ne pouvaient être rattachées par un lien temporel à l’accident de juillet 2009. L’autorité cantonale avait considéré qu’un nouveau cas d’assurance était survenu en janvier 2012, entraînant le départ d’un nouveau délai de carence échéant une année plus tard. En effet, par son argumentation, l’administration n’était pas parvenue, selon lui, à démontrer qu’un lien de fait et de temps existait entre la première et la seconde atteinte à la santé. Elle se limitait à faire part de sa propre appréciation des faits, sans discuter les considérations des premiers juges. Ces derniers avaient expliqué qu’en plus du fait que la cause d’invalidité survenue en janvier 2012 (troubles psychiatriques) était par nature différente de celle survenue en 2009 (troubles somatiques), l’hypothèse d’une décompensation des troubles psychiques en raison de l’accident n’aurait pas permis, si elle devait être considérée comme vraisemblable, de retenir que les troubles somatiques et psychiques étaient une seule et même invalidité, car l’atteinte psychiatrique n’était devenue incapacitante qu’en janvier 2012. L’intervalle temporel entre le moment où était survenue l’incapacité de travail due à l’atteinte physique et celui où l’atteinte psychique avait entraîné une incapacité de travail comportait trente mois. On ne pouvait dès lors parler d’une évolution en parallèle des deux atteintes en cause. En outre, le fait qu’il n’y avait pas eu d’interruption de l’incapacité de travail depuis l’accident de 2009 et que les deux atteintes avaient, à un moment donné, coexisté, ne suffisait pas à retenir un unique délai de carence. La jurisprudence avait admis qu’un nouveau cas d’assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu’une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 3.1 et 4.2).

c. En l’espèce, la recourante a déposé une demande de rente d’invalidité le 19 mars 2013, en raison d’une incapacité de travail de 100% liée principalement aux suites d’un cancer du sein et d’un traumatisme à l’épaule. Le premier psychiatre à avoir posé un diagnostic psychiatrique incapacitant est le Dr M\_\_\_\_\_, dans son rapport d’expertise du 8 juin 2017, soit plus de quatre ans après la demande de prestations de l’assurance-invalidité déposée par la recourante. Cette dernière n’a commencé un suivi avec un psychiatre, la Dresse O\_\_\_\_\_, que suite à l’expertise du

---

Dr M\_\_\_\_\_, à teneur du rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2017. Il résulte, en outre, des rapports d'expertise et de la Dresse O\_\_\_\_\_ du 6 juin 2017 que l'atteinte psychiatrique de la recourante n'est pas due qu'aux suites de son état douloureux, mais qu'elle est également liée à des épisodes traumatiques qui se sont passés dans son enfance. Il s'agit donc bien là d'une nouvelle atteinte distincte de l'atteinte somatique. La psychiatre de la recourante l'a d'ailleurs confirmé en indiquant, dans son rapport du 6 juin 2017, que mis à part la problématique somatique dont sa patiente souffrait, elle posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère. Ce dernier diagnostic n'était ainsi pas uniquement mis en lien avec les suites du cancer subi par la recourante, même si l'on peut penser qu'elles ont eu un rôle dans celui-ci.

L'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_ du 9 avril 2015, qui relevait que les scores de dépression du questionnaire de personnalité révélaient une détresse psychologique modérée, n'est pas déterminante, dès lors que ce médecin n'a pas posé de diagnostic psychiatrique et qu'il n'avait pas la compétence de le faire, étant lui-même spécialiste en orthopédie.

Dans son rapport du 19 octobre 2015, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en 2012, la patiente avait développé des douleurs diffuses qu'elle attribuait aux traitements de Femara et d'Aromasin sur plusieurs sites. Elle souffrait également d'une angoisse et d'un état dépressif réactionnel avec insomnies et certaines douleurs évoquaient une fibromyalgie. Il avait essayé d'améliorer ses souffrances en introduisant le Remeron et le Zaldiar ainsi que du sulfate de quinine pour ses crampes. Elle avait eu des infiltrations de l'épaule gauche et lombaire L4-5. Elle continuait un programme de physiothérapie cervicale et lombaire. Ce rapport ne suffit pas non plus à établir un diagnostic incapacitant pour cause psychique, dès lors que le Dr K\_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre, mais spécialiste en médecine interne, et qu'il ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée. Il est possible que la recourante ait pu subir une atteinte psychique en réaction à ses douleurs, mais, à ce moment-là, il n'est pas établi, que cette atteinte était en elle-même incapacitante.

Il faut distinguer en l'occurrence les mesures prises de soutien psychologique, visant à aider la recourante dans la gestion de ses douleurs, du diagnostic psychiatrique incapacitant posé par l'expert en 2017 et confirmé par la psychiatre de la recourante peu de temps après. La dépression de celle-ci doit donc bien être considérée comme une nouvelle atteinte faisant courir à nouveau délai de carence, comme l'a retenu l'intimé, dont la décision doit être confirmée sur ce point.

12. a. La recourante a encore fait valoir que la rente octroyée devait lui être versée dès la fin de son droit au salaire, soit en 2012.
- b. 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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.

c. Par projet de décision du 2 février 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'une rente entière lui était octroyée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, puis supprimée trois mois civils entiers suivant le début des mesures de réadaptation qui avaient eu lieu le 9 septembre 2013.

La recourante ne pouvait pas recevoir sa rente dès 2012, puisque son droit au versement de la rente ne pouvait prendre naissance que six mois après le dépôt de sa demande de prestation, selon l'art. 29 al. 1 LAI. Or, sa demande date du 19 mars 2013. C'est donc à juste titre que l'OAI lui a octroyé une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

13. Infondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.
14. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.

3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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