

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3789/2016

ATAS/253/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 mars 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, représentée par PROCAP Recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE Intimé
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1960, est au bénéfice d'un diplôme de masseuse, de certificats pour avoir suivi un cours de base en gestion, des cours d'auriculothérapie et de thérapies holistiques, ainsi que d'une attestation d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge. En dernier lieu, elle a travaillé comme aide-soignante au taux de 80%. Depuis juin 2009 à fin mars 2011, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage.
2. Le 10 novembre 2010, elle a élaboré un projet professionnel au Centre de bilan Genève. Son projet était d'obtenir une formation d'aide-comptable, dès lors qu'elle ne pouvait plus exercer sa profession d'aide-soignante pour des raisons de santé.
3. En avril 2011, l'intéressée a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
4. Dans son rapport du 22 juin 2011, la doctoresse B_____ a émis les diagnostics d'obésité morbide (BMI = 44), d'arthrose, de troubles de l'alimentation, gonarthrose gauche et lombosciatalgies chroniques. L'incapacité de travail était totale dans la dernière activité exercée depuis le 28 avril 2011 à cause du surpoids et des douleurs chroniques. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
5. Le 12 juillet 2011, la Dresse B_____ a précisé que la capacité de travail actuelle de l'assurée n'était pas supérieure à 40 %. Elle avait des limitations fonctionnelles pour tous les travaux physiques. La position statique pendant deux heures provoquait des dorso-lombalgies et gonalgies à gauche, ainsi qu'une arthromyalgie diffuse.
6. Le 31 octobre 2011, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique au service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce médecin a émis les diagnostics de lombalgies chroniques, troubles dégénératifs pluri-étagés, discopathies L5-S1 et de D10 à D12, gonarthrose primaire prédominante à gauche, suspicion de lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, talalgies bilatérales avec insertionite de l'aponévrose plantaire des deux côtés, syndrome de la coiffe des rotateurs des deux épaules avec conflit sous-acromial à droite et une suspicion de déchirure du tendon du sus-épineux à gauche. Les diagnostics d'obésité et de troubles alimentaires de type boulimie étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Dans les limitations fonctionnelles est mentionné que l'assurée doit exercer un travail sédentaire avec possibilité de faire des poses chaque heure, éviter des charges, des travaux en avant et en porte-à-faux, des mouvements répétés des épaules et au-delà de l'horizontale. Sa capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations est de 50 %.

7. Suite à la découverte d'un cancer du sein, l'assurée a été opérée le 27 janvier 2012 et a suivi une chimiothérapie.
8. Dans son rapport du 3 septembre 2012, la Dresse B_____ a ajouté à ses précédents diagnostics un carcinome canalaire invasif du sein gauche et a confirmé pour le surplus son rapport précédent.
9. Dans son rapport du 4 septembre 2012, la Dresse B_____ a précisé que l'assurée avait suivi un protocole de chimiothérapie jusqu'en juillet 2012 et qu'elle suivait un protocole de radiothérapie depuis août 2012. Une telle thérapie lourde engendrait un état de fatigue et plusieurs effets secondaires. Son incapacité de travail était totale dans toute activité dès janvier 2012 pour une durée indéterminée.
10. Selon le rapport de fin de traitement du 24 septembre 2012 du service de radio-oncologie des HUG, l'assurée avait présenté en fin de traitement une asthénie modérée, des lancements au niveau du sein gauche, une exulcération associée à un érythème diffus et un œdème modéré du sein gauche.
11. Dans son rapport du 28 septembre 2012, le docteur D_____ de l'unité d'oncogynécologie médicale du service de gynécologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a confirmé la présence d'un cancer du sein, en précisant qu'il s'agissait d'une maladie agressive. La reprise de l'ancienne activité n'était pas exigible et il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail, sous réserve d'une réévaluation après la radiothérapie.
12. Le 1^{er} février 2013, l'assurée a été adressée au service des urgences des HUG pour exclure une thrombose veineuse cérébrale, dès lors qu'elle souffrait de céphalées.
13. Dans son rapport du 7 mars 2013, le docteur E_____ de l'unité d'oncogynécologie médicale du service de gynécologie des HUG a attesté que l'état de santé s'était amélioré. L'assurée souffrait également d'une fibromyalgie. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité d'aide-soignante et également dans une activité adaptée en raison de l'asthénie due à la chimiothérapie et aux douleurs articulaires accentuées par le Tamoxifène.
14. Le 13 mars 2013, la Dresse B_____ a attesté que l'état était stationnaire et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, hormis une hypertension artérielle. Une reprise de travail n'était actuellement pas possible à cause d'un syndrome métabolique, de l'obésité, de l'évolution pathologique oncologique et d'un syndrome de fatigue chronique.
15. Selon la note relative à un entretien téléphonique entre la doctoresse F_____ du SMR avec la Dresse B_____ en date du 13 juin 2013, la première a encouragé la

seconde à discuter avec sa patiente d'une reprise de travail progressive, tout en l'informant qu'une exigibilité de 50 % avait été retenue suite à l'examen du SMR.

16. Selon la note relative à un entretien téléphonique du 18 juin 2013 entre la Dresse F_____ et la Dresse B_____, cette dernière était favorable à l'idée de mettre en place une reprise très progressive d'une activité professionnelle.
17. Dans son avis médical du 18 juin 2013, la Dresse F_____ a retenu que la capacité de travail était actuellement inférieure à 50 %, mais susceptible de s'améliorer. Il avait lieu de soumettre le dossier à la réadaptation professionnelle.
18. Dans son rapport du 31 juillet 2013, le service de réadaptation professionnelle de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a mentionné que, selon l'assurée, elle avait travaillé à 80 % pour des raisons économiques, n'ayant pas trouvé de poste à 100 %. En bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. Ce service a proposé la prise en charge d'un stage d'orientation professionnelle
19. Le 31 juillet 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée un stage d'orientation professionnelle chez PRO Entreprise Sociale Privée (ci-après: PRO) du 19 août au 17 novembre 2013.
20. Par courrier du 18 septembre 2013, la Dresse B_____ a fait part à l'OAI de ce que l'assurée avait commencé le 20 août à travailler dans un atelier protégé à raison de quatre heures par jour dans le cadre d'un projet de réinsertion. Dès la deuxième semaine, l'assurée avait obtenu de ne se rendre à l'atelier que trois jours par semaine en raison d'une asthénie intense et d'une grande fatigabilité. Le travail proposé prévoyait des mouvements répétitifs, si bien que l'assurée avait présenté une recrudescence de la périarthrite à l'épaule gauche avec une limitation très importante des mouvements. Elle a aussi signalé une aggravation de l'asthénie et une sensation d'épuisement physique depuis la reprise du travail, symptômes qui étaient en partie liés à la prise d'anti-oestrogènes (Tamoxifène). Par ailleurs, son équilibre psycho-émotionnel était bouleversé par la fréquentation d'un atelier protégé et la rencontre d'une population socialement « difficile », de sorte que ses crises de boulimie et symptômes anxio-dépressifs avaient augmenté. Cela étant, la Dresse B_____ a mis l'assurée en incapacité de travail pour une durée indéterminée, pour stabiliser sa situation psychologique et somatique. Elle n'était pas en mesure d'assumer une activité professionnelle, même à 50 %, malgré son désir et sa motivation. Elle présentait des limitations fonctionnelles pour les mouvements répétitifs, le maintien d'une position fixe avec nécessité de changer de position toutes les heures, le port de charges supérieures à 2 kg et la confrontation à un environnement difficile.
21. Le 7 octobre 2013, PRO a rendu son rapport d'évaluation. Sur la durée de l'observation prévue du 19 août au 23 septembre 2013, l'assurée n'avait été

présente que pendant six jours. Le stage avait commencé dans le secteur conditionnement à raison de quatre heures par jour sur quatre jours de la semaine. Dès la première semaine, l'assurée s'était absentée pendant une journée en raison de douleurs très importantes. De plus, le taux de présence était inférieur à quatre heures par jour. Il en était de même pour la deuxième semaine. Dès le 2 septembre 2013, l'assurée avait été mise en arrêt de travail jusqu'au 22 septembre. Dans ces conditions, la décision avait été prise d'arrêter la mesure. Aucune observation objective et factuelle ne pouvait être effectuée, au vu du peu de temps de présence de l'assurée à son poste.

22. Dans son rapport du 25 novembre 2013, le service de réadaptation professionnelle a constaté l'échec de la tentative de reprise professionnelle et que la capacité de travail n'était actuellement pas exploitable dans le milieu économique normal.
23. Le 8 janvier 2014, la Dresse B_____ a attesté que l'état de santé est resté stationnaire depuis septembre 2013.
24. Dans son rapport du 20 janvier 2014, le service d'oncologie des HUG a également certifié que l'état est resté stationnaire avec une évolution globalement favorable. L'assurée suivait toujours un traitement anti-hormonal. Il y avait des limitations fonctionnelles en raison d'une fatigue post-traitement et, du côté opéré, pour le port de charges. L'incapacité de travail était justifiée médicalement depuis mars 2012. La capacité de travail était nulle en tant qu'aide-soignante, mais de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
25. Dans son rapport du 8 juin 2014, le docteur G_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a émis des diagnostics de dépression et d'épisode schizoïde. Il suivait l'assurée depuis le 20 avril 2014. Le rendement était réduit en raison d'un trouble de la concentration et de la baisse de l'élan vital. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Celle-ci était nulle de façon définitive. L'assurée souffrait d'une dépression réactionnelle au cancer.
26. En octobre et novembre 2015, l'assurée a été soumise à une expertise médicale pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) par les docteurs H_____, rhumatologue FMH, I_____, spécialiste en médecine interne FMH, et J_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans leur rapport du 14 septembre 2015, les experts ont émis les diagnostics de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, de gonalgies bilatérales prédominant à gauche sur gonarthrose tricompartmentale à prédominance gauche, de talalgies bilatérales à prédominance gauche sur insertionite plantaire bilatérale, de périarthrite scapulo-humérale gauche chronique de l'épaule gauche sur tendinopathie chronique du sus-épineux et du long chef du biceps, de carcinome canalaire invasif diagnostiqué en

janvier 2012, de status après tumorectomie, excision du ganglion sentinelle le 26 janvier 2012, chimiothérapie, terminée le 6 juillet 2012, et radiothérapie, terminée le 24 septembre 2012, ainsi que de hormonothérapie de Tamoxifène en cours. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif, épisode actuel moyen, trouble anxieux sans précision, boulimie, troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives en rémission depuis dix ans, trouble somatoforme dans le cadre d'une fibromyalgie (14 points sur 18), hypertension artérielle traitée et obésité morbide. Sur le plan psychique et mental il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. Sur le plan physique, l'assurée devait éviter la station debout prolongée, les déplacements itératifs surtout en terrain inégal, les montées ou descentes répétitives d'escaliers ou de pentes, les mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison du tronc, le travail en position agenouillée, sur échelle ou échafaudage, le travail avec des engins émettant des vibrations et avec le membre supérieur gauche levé au-dessus de l'horizontale, le port itératif de charges supérieures à 5-10 kg et le travail impliquant des efforts physiques du membre supérieur gauche, étant précisé que l'assurée était gauchère. La capacité de travail était nulle comme aide-soignante depuis le 28 avril 2011. Une activité adaptée était exigible à 50 % trois mois après la fin de la radiothérapie, soit dès le 1^{er} janvier 2013, et à 100 % dès le 1^{er} avril 2013. La grande fatigue dont se plaignait l'assurée n'était pas explicable d'un point de vue médical, une amélioration de l'asthénie chimiothérapeutique et de l'intolérance à l'hormonothérapie étant attendue habituellement. Cette fatigue devait ainsi être considérée comme faisant partie du tableau fibromyalgique. Dans l'examen des critères jurisprudentiels pour évaluer l'incapacité de travail résultant de la fibromyalgie, il est relevé qu'il existe des éléments de nature émotionnelle et psychosociale suffisamment importants au cours de l'enfance de l'assurée pour créer chez elle un sentiment de détresse. A cela s'ajoute les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif, épisode actuel moyen, de trouble anxieux sans précision et de boulimie. L'assurée présente également des traits de personnalité abandonnique. Sa capacité de jugement et du contrôle des affects n'est pas altérée. Elle avait pu faire preuve d'adaptation, notamment pour gérer ses relations avec sa fille et sa mère, relations qui avaient toujours été très précaires. L'assurée pouvait donc compter sur ses ressources internes, malgré les difficultés émotionnelles et psychosociales rencontrées au cours de sa jeunesse. Néanmoins, il était évident que le trouble dépressif et anxieux interférait parfois négativement sur ses ressources. Outre ses contacts proches avec sa fille, elle entretenait également des relations avec une amie et de nombreuses connaissances qui venaient la voir. Elle ne bénéficiait pas d'un traitement psychiatrique spécifique et il n'y avait pas lieu de l'exiger. Enfin, il n'y avait pas de discordance ou de manque de cohérence entre les plaintes de l'expertisée et les constatations. De l'anamnèse, il résulte notamment

qu'elle a pris à son domicile sa mère qui souffre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive sévère et avait été victime d'un accident vasculaire cérébral il y a six mois, lequel avait laissé de nombreuses séquelles, notamment des troubles mnésiques. Quant à ses activités, l'assurée conduisait une voiture, faisait des courses et lisait beaucoup de livres sur l'ésotérisme. Elle appréciait la télévision et lisait ses e-mails. En raison de sa fatigue, elle faisait des siestes de trois à quatre heures tous les après-midi.

27. Par courrier du 18 décembre 2015, la Dresse B_____ a justifié à l'égard de l'OAI la prescription d'un déambulateur par des gonalgies droites invalidantes avec des troubles de la marche et la sensation d'instabilité aux membres inférieurs, chez une patiente avec une obésité morbide, des douleurs chroniques également aux épaules et des limitations des mouvements des membres supérieurs. Un déambulateur était le meilleur choix pour la patiente, sans risquer d'amplifier ses douleurs scapulaires et en minimisant les risques de chutes.
28. Le 21 décembre 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée un déambulateur.
29. Dans son avis médical du 7 janvier 2016, la Dresse F_____ a rappelé que le SMR avait retenu une capacité de travail de 50 % en raison des affections ostéo-articulaires. Cependant, le SMR n'avait pas tenu compte à l'époque de la dimension somatoforme en lien avec la fibromyalgie. Selon ce médecin, l'analyse des indicateurs standards montrait que l'assurée ne présentait pas une atteinte psychiatrique incapacitante, en l'absence d'un suivi psychiatrique, en dehors de quelques consultations, et au vu de l'évolution actuelle favorable. Par ailleurs, même si le trouble dépressif et le trouble anxieux pouvaient interférer avec les ressources de l'assurée, celle-ci avait démontré disposer de ressources internes suffisantes notamment sur le plan adaptif au cours de sa vie et dans les suites de son cancer. Il n'y avait pas non plus de trouble de la personnalité délétère. Enfin, l'expertise ne mettait pas en évidence un tableau sévère de douleurs et de fatigue susceptible de diminuer la capacité de travail. Partant, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, de 50 % dès le 1^{er} janvier 2013 dans une activité adaptée, soit trois mois après la fin de la radiothérapie, puis de 100 % dès le 1^{er} avril 2013.
30. Dans sa note du 23 mars 2016, l'OAI a retenu que l'assurée avait le statut d'une personne exerçant une activité professionnelle à 100 %. Il a par ailleurs déterminé le degré d'invalidité de l'assurée, pour une capacité de travail à 50 %, à 59,5 % et, avec une capacité de travail totale, à 19 %. Ce faisant, il a procédé à une réduction de 10 % des salaires statistiques, retenus à titre de revenu d'invalidité, au vu de l'âge de l'assurée et du fait que seules des activités légères étaient possibles. Des mesures d'ordre professionnel ne permettraient pas de réduire le dommage, de sorte qu'il y

était renoncé. Par ailleurs, le service de réadaptation a considéré que l'assurée pourrait exercer toute activité industrielle légère, au vu des limitations retenues.

31. Le 9 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, un trois-quarts de rente dès cette date jusqu'au 30 juin 2013 et de lui refuser le droit aux mesures d'ordre professionnel.
32. Le 14 juin 2016, l'assurée s'est opposée au projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à la reconnaissance d'une incapacité de travail durable supérieure à 50 %, compte tenu de l'ensemble des pathologies rhumatologiques, oncologiques et psychiatriques. Les constatations de l'expertise étaient superposables à l'examen clinique du SMR, en ce qui concerne les diagnostics et les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, sauf en ce que les experts avaient retenu également une fibromyalgie. Ils n'expliquaient cependant pas pour quelles raisons ils se distancaient de l'appréciation du Dr C_____ au sujet de l'absence d'une fibromyalgie, alors même qu'ils retrouvaient la même symptomatologie douloureuse que lors de l'examen clinique de fin 2011. Parallèlement, les experts ont constaté l'absence de signes de non-organicité selon Waddell lors du status rhumatologique. Selon l'assurée, le diagnostic de fibromyalgie était fondé sur de faibles éléments, au vu des atteintes objectives ostéo-articulaires confirmées par les experts eux-mêmes. Cas échéant, les experts n'avaient pas examiné exhaustivement les conséquences de la fibromyalgie selon les indicateurs standards prescrits par la jurisprudence. Ils avaient par ailleurs ignoré l'asthénie et l'exacerbation des douleurs provoquées par le traitement médicamenteux de la tumeur, tout en rattachant ces symptômes à la fibromyalgie. Au demeurant, le Tribunal fédéral avait reconnu qu'il était fréquent que les patients traités pour un cancer ressentent une fatigue plusieurs années après la fin du traitement et que son origine était complexe, au vu de l'interaction des facteurs somatiques, émotionnels, cognitifs et psychosociaux. Dès lors, selon notre Haute Cour, cette fatigue ne devait pas être assimilée à celle que l'on pouvait constater en cas de trouble somatoforme ou de syndrome de fatigue chronique, mais prise en compte à part entière comme un symptôme d'accompagnement du cancer dont il était une cause organique indirecte. Ainsi, l'évolution oncologique rassurante et l'absence d'un traitement ou d'un suivi psychiatrique ne permettaient pas d'être considérées comme des faits médicaux pondérant les effets de cette fatigue. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de s'écarter des appréciations de la Dresse B_____ et du service d'oncologie des HUG. L'appréciation des experts n'était en outre pas convaincante, en ce qu'ils estimaient que les diagnostics psychiatriques étaient sans effet sur la capacité de travail. Il y avait également un lien de causalité entre le trouble anxieux et le déclenchement des crises boulimiques. En conclusion,

l'assurée a considéré qu'il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de fibromyalgie et que l'appréciation devait se baser sur les seules atteintes objectives ostéo-articulaires, chez une gauchère, lesquelles diminuaient la capacité de travail de 50% selon l'examen clinique du SMR. A cela s'ajoutaient l'asthénie post-cancer et les affections psychiques, notamment la boulimie, dont les effets sur la capacité de travail ne pouvaient pas être niés.

33. Dans son avis médical du 18 août 2016, la Dresse F_____ a souligné que la fatigue était un symptôme reconnu qui faisait partie du syndrome fibromyalgique. Cela était particulièrement vrai pour le cas en cause, la fatigue allant en s'aggravant plus de trois ans après l'arrêt de la chimiothérapie, de sorte qu'elle ne recevait pas une explication claire. Quant à l'examen du SMR en octobre 2011, il s'agissait d'un examen orthopédique et non pas rhumatologique. Lors de cet examen, les triggers points n'avaient pas été recherchés dans le status. Il apparaissait ainsi que l'examen du SMR n'avait pas tenu compte de la dimension non-organique (fibromyalgie) des symptômes, lesquels n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Cela expliquait l'appréciation différente de la capacité de travail résiduelle par l'expertise. Au demeurant, le diagnostic de fibromyalgie avait été évoqué dans plusieurs rapports des oncologues. Les douleurs diffuses ne pouvaient par ailleurs être attribuées entièrement aux atteintes ostéo-articulaires et celles-ci ne justifiaient pas une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée.
34. Par décision du 6 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision, en intégrant l'avis médical précité dans la motivation.
35. Par acte du 7 novembre 2016, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité non limitée dans le temps, sous suite de dépens. Elle a souligné que tous ses médecins traitants, ainsi que le médecin du SMR, le Dr C_____, avait estimé sa capacité de travail à 50 % au plus. Les mesures professionnelles mises en place avaient très rapidement eu comme conséquence un épuisement physique et une décompensation psychique avec une augmentation des crises de boulimie et des symptômes anxio-dépressifs. En mars 2013, son médecin traitant oncologue des HUG attestait encore une incapacité de travail totale et l'impossibilité d'une reprise. Il en allait de même de son psychiatre traitant, le Dr G_____. Ainsi, la date fixée par les experts en janvier 2013 pour une possible reprise d'activité semblait totalement arbitraire. Il y avait par conséquent des doutes sérieux quant à l'évaluation des experts qui ne tenaient pas compte des rapports médicaux et professionnels dans le dossier. L'évaluation des troubles psychiques paraissait également critiquable. L'intimé n'avait donc pas procédé à une appréciation complète des preuves à sa disposition et il devait être admis au contraire que les nombreuses atteintes somatiques et psychiques excluaient une capacité de travail entière. En présence de doutes

suffisants quant à l'impartialité et au bien-fondé des conclusions de l'expertise, une pleine valeur probante ne pouvait lui être accordée et une instruction complémentaire s'imposait. De surcroît, l'orientation professionnelle mise en place avait démontré que la recourante n'était pas en mesure d'assumer une activité professionnelle, même dans un cadre protégé. La nature et l'importance du trouble de la personnalité constituaient des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative salariée, au regard des conditions actuelles du marché du travail. Les possibilités de trouver un emploi adapté étaient ainsi très réduites. En tout état de cause, des mesures de réadaptation devraient d'abord être mises en place.

36. Dans sa réponse du 5 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à la motivation de la décision querellée, tout en considérant qu'il y avait lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du CEMed. L'assurance-invalidité ne devait par ailleurs pas prendre en considération les éventuels effets négatifs de la conjoncture. En l'occurrence, la recourante pourrait exercer toute activité industrielle légère respectant les limitations fonctionnelles. Or, un marché équilibré du travail offrait une palette suffisamment large d'activités non qualifiées adaptées aux limitations de la recourante, sans qu'il ne fût nécessaire de déterminer précisément quelles activités elle serait capable d'exercer. En particulier, des tâches simples de surveillance derrière un écran ou de contrôle apparaissaient concrètement exigibles.
37. Le 2 mars 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise médicale oncologique et de la confier à la docteure K_____, spécialiste FMH en oncologie. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'experte.
38. Dans ses écritures du 13 mars 2017, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, dès lors qu'aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré par les experts n'avait été rapporté par la recourante. Toutefois, l'intimé n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'experte pressentie ni de questions supplémentaires à poser.
39. Par écriture du 20 mars 2017, la recourante a accepté la Dresse K_____ comme experte judiciaire et a précisé que le problème oncologique n'était pas le seul en cause, lorsqu'il s'agissait de déterminer sa capacité de travail.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGa; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié 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. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 139 V 346 consid. 3 p. 347s), la fatigue consécutive à un cancer est un syndrome multidimensionnel dont souffre la majorité des patients atteints d'un cancer durant le traitement. La Cancer-related Fatigue (CrF) peut persister encore plusieurs années après la fin du traitement et est influencée par des facteurs physiques, psychiques et sociaux. Toutes les théories pour expliquer la cause et l'origine des syndromes de fatigue et d'épuisement font état de processus complexes et multi-causals. La CrF peut être provoquée par la tumeur ou être une conséquence du traitement. Elle peut cependant aussi être l'expression d'une prédisposition génétique à une comorbidité somatique ou psychique, ainsi que de facteurs comportementaux ou environnementaux. Ont été mises en évidence des causes métaboliques, des modifications endocrinologiques et neurophysiologiques, ainsi que la cytokine. Les chimio- et radiothérapies semblent jouer un rôle, notamment en raison de la toxicité du traitement et de l'accumulation de résidus des cellules tumorales détruites. Selon une autre théorie, l'énergie accrue nécessaire, en raison de l'atteinte tumorale ou des symptômes d'accompagnement, ou la diminution de la masse musculaire du squelette, provoquée par un facteur de nécrose de la tumeur, peuvent avoir une influence. Sont également discutés comme causes différents facteurs pathophysiologiques et, lorsque la résistance physique est fortement diminuée comme c'est souvent le cas, notamment des modifications dans les centres corticaux et spinaux de la senso-motricité, ainsi que du métabolisme énergétique.

Les causes et l'origine de la CrF sont ainsi, selon l'état actuel de la science, pas complètement élucidées. La science médicale s'accorde toutefois à admettre qu'elles sont complexes et que plusieurs facteurs somatiques, émotionnels, cognitifs et psychosociaux y sont associés. Une CrF peut persister dans 30 à 40 % des cas encore longtemps après la fin du traitement, même lorsque des atteintes somatiques et psychiatriques sous-jacentes ont été traitées. Il y a une corrélation entre la CrF, d'une part, et l'assimilation de la maladie ou des problèmes

d'adaptation de longue durée, d'autre part. La CrF est également considérée comme une possible conséquence tardive du traitement au niveau de la perturbation du métabolisme ou de l'autorégulation psycho-végétative du corps.

En tant que symptôme d'accompagnement d'atteintes oncologiques et du traitement, la CrF a une origine organique, raison pour laquelle il n'y a pas lieu d'appliquer les critères développés par la jurisprudence concernant le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux persistants.

3. En l'occurrence, aucun oncologue n'a été associé à l'expertise du CEMed. Les experts n'ont ainsi pas examiné si la recourante présente une CrF et, dans l'affirmative, quelle est sa répercussion sur la capacité de travail.

Cela étant, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire oncologique.

4. Celle-ci sera confiée à la Dresse K_____.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie à la Dresse K_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame A_____.
 - Examiner personnellement l'expertisée.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Plaintes.
 3. Constatations objectives.

4. Quel est le traitement oncologique actuel et quand sera-t-il cas échéant terminé ?
 5. L'asthénie et la fatigue dont se plaint Mme A_____ constituent-elles une Cancer-related Fatigue (CrF) ?
 6. Quelle est la capacité de travail actuelle de Mme A_____ dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 7. L'incapacité de travail dont a fait preuve Mme A_____ lors du stage d'orientation professionnelle chez PRO en août et septembre 2013, est-elle au degré de la vraisemblance prépondérante due à la CrF? Si cela ne devait être le cas que partiellement, à quel pourcentage la CrF intervient-elle dans l'incapacité de travail à cette période?
 8. Comment la capacité de travail a-t-elle évoluée depuis mars 2013?
 9. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du CEMed du 14 septembre 2015 ? Pour quelles raisons vous vous en écarterez-vous cas échéant?
 10. Quel est votre pronostic ?
 11. Quelles autres observations avez-vous à ajouter ?
- D. Invite la Dresse K_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le