

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4259/2008

ATAS/466/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 27 avril 2010

En la cause

Madame A _____, domiciliée au LIGNON, représentée par
APAS-Association pour la permanence de défense des patients et
assurés, Madame B _____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, est arrivée en Suisse en 1983. Infirmière de formation, elle a d'abord travaillé en qualité d'aide-soignante dans un EMS, puis, entre 1988 et 2002, en tant qu'employée de cuisine chez X_____. Elle a exercé cette activité à temps partiel pour s'occuper de son ménage et de son fils, né en 1990.
2. En mars 2000, l'assurée a été soumise à une mammographie, qui a révélé la présence d'une tumeur au niveau du sein gauche. Elle a alors subi une tumorectomie avec curage ganglionnaire, une chimiothérapie, une radiothérapie, ainsi que deux opérations de chirurgie reconstructive.
3. Suite au dépôt, le 12 mai 2000, d'une demande de prestation d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI) visant l'octroi de moyens auxiliaires, l'assurée a obtenu, selon communication de l'OAI du 28 septembre 2000, l'octroi de ces moyens, soit une perruque, à concurrence de 1'500 fr par an.
4. Le 1^{er} octobre 2001, elle a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations, visant l'octroi d'une rente d'invalidité.
5. Aux fins d'instruire sa requête, l'OCAI a consulté les divers spécialistes qui suivaient l'assurée.

Par avis du 10 octobre 2001, le Dr L_____, auprès du service d'oncologie du département de gynécologie (HUG), a diagnostiqué une maladie tumorale, status après tumorectomie du sein gauche et curage auxiliaire. Elle a précisé que l'état était stationnaire, que la patiente ne pouvait pas porter des choses lourdes. L'incapacité de travail avait été de 100% du 6 août 1999 au 11 mars 2001, et était de 50% depuis lors. La patiente était fatigable avec d'importants œdèmes du bras gauche. Sur questions de l'OAI et par avis du 4 décembre 2001, ce médecin précise au titre des limitations fonctionnelles, un important lymphodème du bras gauche nécessitant une physiothérapie. Le pronostic est réservé en raison du grand nombre de ganglions atteints. La capacité de travail d'aide en cuisine est limitée à 50% en raison du lymphodème précité.

Par avis du 15 mai 2002, le Dr M_____, médecin assistant au département d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), indique que la patiente est suivie à la consultation d'onco-gynécologie pour un carcinome canalaire invasif du sein gauche depuis mars 2000, classé pTAb, N+ (14 métastases ganglionnaires sur 17), G2, M0, récepteurs hormonaux positifs. La patiente est en arrêt de travail à 50% depuis mars 2001, l'incapacité de travail a été augmentée à 70% depuis mai 2002. Par un avis complémentaire du 6 juin 2002, ce médecin

précise que la patiente est en incapacité de travail à 75% depuis juillet 2002, son état s'aggrave, ses limitations fonctionnelles sont toutes liées aux douleurs et raideurs du bras gauche, qui se sont péjorées depuis quelques semaines. Sa capacité résiduelle de travail est de 25% avec un rendement de 80 à 100%. Le pronostic est réservé. La Dresse N_____, médecin non spécialiste FMH auprès du SMR, affirme, le 20 juin 2002, que l'avis du Dr M_____ n'a pas de valeur car il n'est pas contresigné par un médecin cadre. Le Dr M_____ répond aux diverses questions de l'OAI, par courrier du 30 juillet 2002, et indique notamment que la patiente présente depuis avril 2002 une nette exacerbation de la symptomatologie douloureuse du bras gauche suite aux moindres efforts, ce qui a justifié la diminution de la capacité de travail à 25%.

Par avis du 8 juillet 2002, le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive atteste des mêmes diagnostics avec la précision d'une chimiothérapie, d'une incapacité de travail de 75% depuis juillet 2002, de l'aggravation de l'état de santé. La patiente a des difficultés à utiliser son bras gauche, en raisons de douleurs et souffre d'asthénie post-cancer. La capacité de travail résiduelle est de 25% dans la profession déjà exercée.

Par avis médical du 3 août 2002, le Dr P_____, médecin traitant, ajoute aux diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail déjà mentionnés, des lombalgies et sciatalgies récidivantes depuis 1988, un état dépressif récidivant (octobre-novembre 1998, 1999 et surtout depuis février 2000). Il atteste d'une incapacité totale de travail pour diverses périodes (19.2 au 2.3.1998; 2.5 au 21.4.1998; 24.10 au 7.11.1998, 6.8 au 19.9.1999; et depuis le 28.1.2000) ainsi qu'une période d'incapacité à 50% du 20.9-1.11.1999. Les limitations fonctionnelles sont l'impossibilité de se baisser et de marcher droit.

6. Après épuisement du droit aux indemnités journalières de l'assurance perte de gain de son employeur, l'assurée a d'abord été assistée par l'Hospice général, puis elle a été mise au bénéfice de prestations maladies de l'assurance chômage depuis le 1^{er} juillet 2002.
7. Bien qu'ils aient posé les mêmes diagnostics, les divers médecins consultés ont émis des opinions divergentes sur la question de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, ce qui a amené l'OAI à mandater le Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine interne, en vue d'une expertise médicale.

Dans son rapport d'expertise du 3 octobre 2003, ce dernier retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un carcinome du sein gauche, une fragilité psychologique marquée de longue date et un état douloureux chronique focalisé surtout sur la colonne lombaire. Pour ce qui concerne le carcinome du sein gauche, il explique que la répercussion sur la capacité de travail est donnée pour la période des traitements. Il précise qu'un lymphoedème

douloureux du bras gauche est apparu dans les suites mais qu'il paraît actuellement en voie d'amélioration. S'agissant de la fragilité psychologique, il indique qu'il existe une instabilité de l'humeur et que l'ensemble de la symptomatologie permet de retenir le diagnostic d'une dépression que l'on peut qualifier de moyenne. Le pronostic est défavorable, du fait de la taille de la tumeur et du nombre de ganglions touchés par les métastases, et le pronostic quant à la survie est encore diminué par l'instabilité de l'humeur. L'expert expose ensuite les limitations fonctionnelles de l'assurée. Il retient, sur le plan physique, qu'il convient d'épargner à l'assurée des travaux sollicitant le tronc vertébral d'une manière répétée ainsi que les mouvements répétés du bras gauche, notamment les mouvements nécessitant le lever du bras en-dessus de la hauteur de l'épaule. Il précise, en outre, que les mouvements des bras, ainsi que du dos, ne sont pas en soi contre-indiqués, mais que l'assurée a besoin d'un temps d'entraînement et que des mouvements occasionnels sont possibles. Sur le plan psychique et mental, il indique qu'il lui paraît judicieux de prévoir des moments de récupération, en raison des troubles du sommeil dont souffre l'assurée et de sa fatigabilité. S'agissant de la capacité de travail, il indique que depuis que l'assurée est traitée pour son cancer du sein, la situation dans son ensemble a évolué favorablement et que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites précédemment, il existe une capacité de travail totale sur le plan physique mais qu'il convient de tenir compte d'une diminution de rendement d'environ 30 à 40 % en raison de la fragilité psychique et de la fatigabilité, de sorte que même dans une activité adaptée, on ne peut pas dépasser une capacité de l'ordre de 60 à 70%.

8. Pour définir les activités exigibles, fixer le taux et le rendement et examiner l'opportunité d'une mesure de réadaptation, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle auprès du CENTRE D'OBSERVATION PROFESSIONNELLE DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ (ci-après : COPAI), du 19 avril 2004 au 11 juillet 2004. Selon un rapport d'évaluation établi en fin de stage, l'assurée ne serait pas prête à retourner travailler dans l'économie traditionnelle. Le COPAI explique, en effet, que le taux de travail à 70% a dû être réduit à 50% par son médecin et que l'assurée a dû souvent s'absenter pour des raisons de santé. Son rythme de travail est lent : un rendement de 50 % pour un taux d'activité de 50 %. Il indique qu'elle a de la difficulté à répondre aux exigences posées. Il signale, par ailleurs, que son état physique et psychologique s'est péjoré en cours de stage et que cela s'est répercuté sur ses aptitudes manuelles et surtout intellectuelles. Il considère néanmoins que si l'assurée parvenait à se reprendre en main, elle pourrait travailler dans le domaine administratif et suggère qu'elle soit mise au bénéfice d'une petite formation dans ce domaine ou du moins d'un stage de formation pratique. Une mesure de réadaptation ne lui paraît pas opportune pour l'instant. Le rapport précise que l'assurée a besoin d'être soutenue par un psychiatre afin de retrouver les ressources pour affronter les difficultés.

9. Par avis du 24 août 2004, le SMR a indiqué qu'il existait certainement des facteurs extra-médicaux pour expliquer le manque de rendement constaté et qu'il convenait de retenir le taux de capacité de travail exigible médicalement, soit 60 % dans une activité adaptée.
10. En tenant compte notamment des conclusions du COPAI, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du taux d'invalidité professionnelle de l'assurée. Se fondant sur le revenu que percevrait l'assurée sans atteinte à sa santé, soit 49'773 fr. 10 et sur le revenu qu'elle pourrait percevoir nonobstant son invalidité, soit 25'331 fr. 95 (correspondant au salaire ESS 2000 de 3'658 fr. pour une activité de 41,7 heures et de l'augmentation de salaire de 2001, soit 3'909 fr. par mois, diminué des 40 % de perte de rendement), elle a obtenu un taux d'invalidité professionnelle de 49,10 %.
11. Vu le statut mixte de l'assurée, l'OAI a mandaté le service chargé de l'instruction afin qu'il procède à une enquête ménagère et détermine le taux d'invalidité ménagère de l'assurée. Dans son rapport d'enquête du 6 septembre 2004, l'enquêteur a décrit les empêchements que présentait l'assurée dans l'accomplissement des tâches ménagères et a retenu une invalidité de 34 % à ce titre. Sachant qu'elle travaillerait à 70 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé, il a calculé son taux d'invalidité totale en attribuant une part de 70 % à l'incapacité professionnelle et une part de 30 % à l'incapacité ménagère. Il est parvenu à un taux d'invalidité de 45 %.
12. Sur la base de cette constatation, l'OAI a octroyé à l'assurée, par décision du 18 mai 2005, une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 2001 au 31 mars 2005 et, par décision du 22 mars 2005, un quart de rente d'invalidité pour l'avenir, à compter du 1^{er} avril 2005. L'assurée n'a pas contesté ces décisions, qui sont entrées en force.
13. Par courrier du 8 juin 2005, le Dr P_____, médecin traitant, a indiqué à l'OAI qu'il estimait souhaitable que le quart de rente de l'assurée soit transformé en demi-rente, sa patiente étant incapable de travailler à plus de 50 % à cause des séquelles de son cancer du sein gauche, de sa fatigue et des troubles circulatoires au membre supérieur gauche. Pour étayer sa demande, il a adressé, le 5 août 2005, un rapport de Madame C_____, physiothérapeute, faisant état d'un œdème persistant, modéré certes, mais ayant tendance à s'aggraver lors de surcharge. Dans ce même rapport, la physiothérapeute explique qu'à la suite des cours proposés par le chômage, l'assurée a eu besoin de refaire des séances de physiothérapie, en particulier du drainage lymphatique, afin de réguler à nouveau son système circulatoire du membre supérieur gauche. Elle indique, par ailleurs, que sa patiente présente une tendance à la tendinite de l'épaule gauche, dès que son activité quotidienne augmente, et que ses douleurs entraînent des contractures de la ceinture

scapulaire irradiant dans la nuque. Elle considère qu'une orientation professionnelle tenant compte de ces éléments serait souhaitable.

14. Par décision du 15 août 2005, l'OAI a indiqué qu'il refusait d'entrer en matière sur la demande de révision formée par l'assurée, au motif que cette dernière ne faisait valoir aucun fait nouveau.
15. Le 9 septembre 2005, l'assurée a formé opposition contre cette décision. Elle explique que son état psychique s'est amélioré et qu'elle ne prend presque plus de tranquillisants, que son handicap physique restera à vie et qu'elle est déterminée et motivée à retrouver un emploi adéquat et à apprendre à se former à d'autres horizons professionnels.
16. Sur avis du SMR, l'OAI a décidé, le 16 janvier 2006, d'admettre l'opposition formée contre la décision de refus d'entrée en matière et de procéder à une instruction complète et nouvelle du dossier.
17. Interpellé par l'OAI, le Dr P_____ a établi, le 5 avril 2006, un rapport médical dans lequel il pose les diagnostics suivants: hernie discale L5-S1 droit, lombalgies récidivantes, carcinome du sein gauche avec métastase ganglionnaire, status après tumorectomie et curage ganglionnaire axillaire gauche, radiothérapie et cure de Tamoxifen et état dépressif récidivant, surtout depuis février 2000. Il indique que l'état de santé de la recourante s'aggrave et atteste d'une incapacité totale de travail à compter du 7 novembre 2005 et se poursuivant en 2006. Il précise, par ailleurs, que l'assurée doit encore subir une opération.
18. L'assurée a été opérée le 3 avril 2006, en raison de ses problèmes de dos. Dans leur rapport du 13 avril 2006, les Drs R_____ et S_____, médecin adjoint et médecin interne au service de neurochirurgie des HUG, expliquent avoir procédé à un debulging du disque L5-S1. Ils indiquent que l'intervention s'est déroulée sans complication et que les suites post-opératoires montrent une évolution favorable avec amélioration de la symptomatologie clinique.
19. Dans un rapport médical du 4 août 2006, la Dresse Laurence FAVET, médecin à l'unité d'oncologie du département de gynécologie et obstétrique des HUG, pose comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un "debulging L5-S1 pour hernie discale" existant depuis le 3 avril 2006. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, elle retient un carcinome mammaire traité par tumorectomie et curage axillaire gauche. Elle indique que depuis l'opération du sein, l'assurée présente des sciatalgies l'empêchant de rester assise plus de quelques minutes et que les douleurs vives du bras gauche subsistent, ce qui implique que la patiente lâche des objets. Il est peu probable que cela puisse être amélioré six ans après la chirurgie mammaire. Elle a une capacité de travail maximale de 50%.

20. Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté le COMAI afin qu'il procède à un examen pluridisciplinaire de l'assurée (en médecine générale et en psychiatrie). Le mandat a été confié aux Drs T_____, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine du travail, et U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont l'un et l'autre procédé à un examen complet de l'assurée. Leurs rapports d'examen comportent une anamnèse détaillée, les plaintes de l'expertisée, ainsi que son status. Les experts ont posé des diagnostics précis, qu'ils ont discutés et appréciés. Après consilium, ils ont établi un rapport d'expertise pluridisciplinaire, daté du 14 septembre 2007, où ils exposent, en préambule, l'ensemble des pièces médicales sur lesquelles se fonde leur examen, qu'ils résument brièvement, leurs constatations cliniques et, à nouveau, une anamnèse complète de l'assurée. Ils reprennent ensuite les diagnostics posés dans leur rapport respectif, qu'ils apprécient et discutent une nouvelle fois. Ils posent parmi les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic de lombalgies mécaniques sur discopathie L5-S1. Les autres diagnostics, à savoir le lymphœdème anamnétique du membre supérieur gauche, le status après debulging du disque L5-S1, le status après tumorectomie et curage axillaire suite à un carcinome canalaire invasif du sein gauche, suivis d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie, le status après reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire et la production ou simulation de symptômes ou d'incapacités soit physiques soit psychologiques (névrose de rente) sont, en effet, considérés comme non invalidants.

S'agissant des plaintes de la patiente, il est relevé qu'elle se plaint surtout des douleurs au bras gauche avec diminution de la force dans tout le bras, ainsi que de sciatalgies gauches. Dans le chapitre consacré à l'appréciation du cas et au pronostic, les experts indiquent que, d'un point de vue psychiatrique, l'assurée présente des fluctuations anxiodépressives, en rapport avec son problème oncologique qui n'aurait pas nécessité de suivi psychiatrique. Ils relèvent que l'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence un lymphœdème significatif du membre supérieur gauche, malgré la différence de périmètre du bras de un centimètre en faveur de la gauche, état précisé que la patiente précise que l'assurée a bénéficié d'un drainage trois jours auparavant. D'un point de vue rhumatologique, ils constatent la présence d'un syndrome lombo-vertébral gauche, avec rectitude lombaire, contracture musculaire paravertébrale et douleurs à la percussion au niveau L5-S1. Ils précisent que suite à l'intervention d'avril 2006, on constate une diminution des algies mais une persistance des lombalgies aggravées depuis mai 2005 avec des sciatalgies occasionnelles dans le membre inférieur gauche, la patiente n'ayant pas récupéré la sensibilité de trois orteils du pied droit. Ils font état d'une certaine discordance entre les constatations cliniques relativement limitées et l'importance des plaintes de l'assurée. Néanmoins, compte tenu des antécédents locomoteurs celle-ci et de la présence de cette discopathie L5-S1, ils estiment que seule une activité adaptée sans port de charges lourdes, ni mouvements de

contrainte répétitifs au niveau du rachis peut être envisageable. Ils précisent que, dans une telle activité, la capacité de travail serait complète avec tout au plus une légère diminution de rendement de 10 à 20 % en raison de la nécessité d'une alternance régulière de position. Ils indiquent, par ailleurs, que pour le membre supérieur gauche, le status actuel est tout à fait rassurant mais qu'une activité sans mouvements répétitifs ou contrainte au niveau du membre supérieur gauche serait souhaitable. À la question de savoir si une réadaptation professionnelle est envisageable, ils répondent que sur le plan de la médecine interne, une telle mesure est tout à fait envisageable pour autant que les limitations fonctionnelles décrites au point B1 soient respectées. D'un point de vue psychiatrique, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas à envisager, l'assurée ayant toutes ses compétences psychiques. S'agissant de la possibilité d'améliorer la capacité de travail, les experts expliquent que, d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'assurée peut être améliorée en respectant les limitations fonctionnelles décrites au point B1. D'un point de vue psychiatrique, les plaintes de l'assurée sont améliorables par un suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré à un traitement antidépresseur, pour autant que l'assurée le souhaite. Pour ce qui est de la capacité de travail, les experts indiquent que, dans une activité adaptée, l'assurée peut exercer une activité à temps plein, avec une diminution de rendement de 30 à 40 %. En tenant compte de mesures professionnelles, la diminution de rendement serait de 10 à 20 %.

21. Par pli du 24 octobre 2007, l'assurée fait état d'une aggravation de son état de santé par l'augmentation des douleurs dorsales et au niveau du sein et du bras gauches, depuis l'intervention chirurgicale d'avril 2006.
22. Par avis du 7 janvier 2008, le SMR a indiqué qu'il y avait lieu de procéder à une nouvelle enquête ménagère car, selon la description faite dans l'expertise, les empêchements de l'assurée semblent moindres par rapport à ce qu'ils étaient lors de la première enquête. Il observe, par ailleurs, que les troubles ayant justifié l'octroi de la rente d'invalidité, soit le cancer du sein et la dépression moyenne avec syndrome somatique, semblent en complète rémission, attendu qu'ils ont été considérés par les experts comme non invalidants. De même, la capacité de travail de l'assurée s'est améliorée car elle est, selon les experts, totale avec une diminution de rendement de 10 à 20 %. Au vu de ces éléments, le SMR considère qu'il y a lieu de proposer à l'assurée un stage d'évaluation professionnelle puis un réentraînement à l'effort.
23. Par projet de décision du 17 septembre 2008, l'OAI a indiqué qu'il comptait supprimer la rente d'invalidité de l'assurée, au motif que son degré d'invalidité n'était plus suffisant pour maintenir son droit à une rente. Procédant à un nouveau calcul du degré d'invalidité, l'OAI a, en effet, constaté que ce taux n'était plus que de 39 %.

24. Le 10 octobre 2008, le Dr V _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis octobre 2006. Il a expliqué que, dans le cadre de ses consultations, sa patiente avait régulièrement fait état de douleurs au membre supérieur gauche séquellaire de sa thérapie oncologique et de sa lombo-sciatalgie chronique à gauche. Il a expliqué que les symptômes du membre supérieur gauche étaient restés inchangés mais que la lombosciatalgie s'était aggravée. De plus, la patiente présente un état anxio-dépressif persistant. Ainsi, l'expertise du COMAI était contestée, car il n'y a aucune amélioration des symptômes du bras gauche. Il considère, par conséquent, qu'il convient de procéder à une réévaluation du degré d'invalidité de l'assurée.
25. L'OAI a soumis ces éléments au SMR, lui demandant s'ils étaient susceptibles de remettre en question ses conclusions du 7 janvier 2008. Par avis médical du 17 octobre 2008, le Dr W _____, médecin-conseil au SMR, a indiqué que le projet de suppression de rente se basait sur un examen COMAI convaincant et dont les conclusions étaient reprises par la Dresse N _____, dans son avis du 7 janvier 2008. Il estime que le courrier du Dr V _____ confirme l'amélioration au niveau du membre supérieur gauche et, s'agissant des troubles psychiques, qu'il ne saurait primer l'évaluation faite par un spécialiste FMH en psychiatrie.
26. Par décision du 24 octobre 2008, l'OAI a supprimé le quart de rente d'invalidité de l'assurée, avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, se fondant sur les arguments du SMR. Il considère, en effet, que les éléments amenés par le médecin traitant ne permettent pas de remettre en question les conclusions du SMR quant à la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée.
27. Le 20 novembre 2008, l'assurée a formé recours contre cette décision. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 24 octobre 2008, au maintien de son quart de rente d'invalidité et à l'octroi de mesures professionnelles. Elle considère que l'examen du COMAI n'a pas mis en évidence une amélioration significative de son état de santé. Elle rappelle, à cet égard, que dans l'expertise qui a justifié l'octroi du quart de rente le psychiatre avait constaté une fluctuation de l'humeur de nature dépressive, sans que les épisodes soient d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un épisode dépressif. Il avait ainsi retenu le diagnostic de fragilité psychique. Selon elle, la situation est inchangée depuis lors, seuls les mots qui l'expriment diffèrent. Elle en voulait pour preuve que le taux d'invalidité était diminué de 6% seulement.
28. Dans sa réponse du 8 janvier 2009, l'OCAI conclut au rejet du recours, en renvoyant aux arguments développés dans la décision contestée.

29. Par arrêt du 3 mars 2009, le Tribunal de céans a rejeté le recours. Il a comparé la situation telle qu'elle se présentait au jour de l'octroi de la rente (mars 2005) à celle qui prévalait lors de la suppression (octobre 2008) et a admis que d'un point de vue objectif, la situation n'avait pas évolué de manière significative. Par contre, le Tribunal a retenu que les conditions d'une reconsidération étaient ouvertes, de sorte que la suppression de la rente devait être confirmée par substitution de motifs. Le Tribunal a ensuite examiné si l'aggravation des lombalgies justifiait l'octroi d'une rente et a conclu à un taux d'invalidité de 34,25% sur la part de l'activité professionnelle de 70%. Étant inférieur à 40%, ce taux ne donnait pas droit à un quart de rente.
30. Sur recours de l'assurée, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt du Tribunal de céans, par arrêt du 22 janvier 2010, motif pris que le droit d'être entendu de l'assurée n'avait pas été respecté, car elle aurait du pouvoir s'exprimer sur la substitution des motifs faite par la juridiction cantonale. Le Tribunal fédéral n'a pas examiné les autres griefs de l'assurée.

Les griefs contre l'arrêt cantonal sont que le Tribunal n'a pas statué sur la demande de mesures professionnelles, qu'il n'a pas pris les mêmes années de référence pour les salaire avec et sans invalidité, qu'il n'a pas repris l'abattement de 10% sur le salaire d'invalidé, de sorte que la correction de ces deux chiffres permettait de maintenir le quart de rente.

31. Par ordonnance du 17 février 2010, le Tribunal de céans a fixé un délai au 15 mars 2010 aux parties pour se déterminer sur l'application de l'article 53 alinéa 2 LPGA.
32. Par pli du 22 février 2010, l'assurée a fait valoir qu'elle souffrait d'un cancer généralisé depuis l'été 2009 et que cette aggravation avait été communiquée à l'OAI en octobre 2009. Ses jours étaient comptés et elle souhaitait pouvoir vivre dignement, de sorte qu'elle demandait que la procédure en cours soient étendue à la période actuelle, afin de bénéficier d'une rente et de prestations complémentaires. S'agissant de la reconsidération faite par le Tribunal, elle estimait qu'elle était contraire au droit car la première décision de l'OAI était parfaitement soutenable.

Par pli du 15 mars 2010, l'OAI s'est rallié à l'argumentation de l'arrêt du Tribunal de céans du 3 mars 2010.

33. Le 8 mars 2010, le Tribunal a décidé de convoquer une audience rapidement, sollicitant de l'OAI de se faire accompagner d'un médecin du SMR afin de pouvoir se prononcer sur le siège, et sollicité le dépôt d'un rapport médical détaillé, compte tenu de l'état de santé de l'assurée. Le rapport de la Dresse A_____, de l'unité d'onco gynécologie du 9 mars 2010 précise que, malgré le traitement de Tamoxifen d'août 2000 à novembre 2004 après le cancer du sein opéré en 2000, une récurrence pleurale et osseuse a été mise en évidence en août 2009. Les examens pratiqués ont confirmé l'infiltration par un carcinome compatible avec une origine mammaire. La

patiente est au bénéfice d'un traitement d'hormonothérapie par Letrozole. Les examens pratiqués en janvier 2010 ont mis en évidence un épanchement pleural compatible avec une carcinose. Elle conclut à la présence d'une maladie stable métastatique au niveau pleural et osseux. L'attestation de la Dresse E_____, cheffe de clinique au service d'oncogynécologie indique, en complément de l'avis du 9 mars 2010, que la patiente présente une maladie cancéreuse métastatique incurable, le traitement entrepris ayant permis une stabilisation de la maladie, sans que la durée d'efficacité du traitement puisse être déterminée.

34. Par pli du 18 mars 2010, l'OAI a indiqué que si le Tribunal souhaitait entendre un médecin du SMR, il aurait dû le convoquer et a précisé que, quoi qu'il en soit, le cancer généralisé faisait partir un nouveau délai de carence qui pourra mener à une nouvelle décision en été 2010. Il ne s'agissait pas d'une reprise de l'invalidité au sens de l'article 29 bis LAI. Par avis médical du même jour, le SMR indique que l'incapacité de travail est totale depuis août 2009 en raison de l'asthénie liée à l'atteinte et au traitement.

Lors de l'audience du 23 mars 2010, les parties ont déclaré :

Mme D_____ : "L'Office AI admet que l'assurée est en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} août 2009, sur la base de l'avis du SMR. La rente entière ne peut être versée qu'après l'échéance du délai de carence d'un an, soit le 1^{er} août 2010. En effet, le quart de rente a été supprimé avec effet au 31 décembre 2008 et les affections pour lesquelles ce quart de rente était octroyé ne sont pas les mêmes que le cancer généralisé aujourd'hui diagnostiqué.

Il s'agit bien d'une récurrence mais elle intervient plus de trois ans après la fin des conséquences médicales du premier cancer."

Mme A_____ : "Je conteste cela, durant toute la période où j'ai bénéficié d'un quart de rente, je souffrais des conséquences du cancer qui s'est déclaré en 2000. Suite à l'ablation du sein et des ganglions, j'ai souffert de douleurs au bras et au dos, d'une hernie discale, ainsi que d'une dépression réactionnelle. J'étais très fatiguée depuis le début de l'année 2009 et, en mars 2009, j'ai eu des problèmes respiratoires graves et c'est suite à cela que l'on m'a découvert un cancer généralisé, notamment aux poumons. Je suis traitée en gynécologie pour l'ensemble du cancer."

35. Lors de l'audience du 20 avril 2010, la Dresse E_____ a déclaré :

« La patiente est suivie depuis dix ans chez nous, mais je l'ai personnellement rencontrée en mars 2009. Elle était suivie tous les six mois pour le cancer apparu en 2000. C'est dans le cadre de ce suivi que je l'ai rencontrée. Elle a évoqué les douleurs qu'elle a toujours ressenties, à savoir celles au bras et à l'épaule gauches et au dos, de sorte que nous avons prévu de simplement continuer le suivi. Je ne

me souviens pas précisément de cette consultation, mais je n'ai pas noté au dossier qu'elle se soit plainte de fatigue. Elle a été hospitalisée en août en raison de problèmes respiratoires et le service dans lequel elle était nous l'a adressée, s'agissant d'une récurrence de son cancer. C'est alors que la récurrence a été diagnostiquée, au niveau des poumons et des os. J'ai suivi la patiente en septembre 2009, et depuis mars 2010 à nouveau. Entre-temps, c'est l'une de mes collègues qui était son médecin. Il y a entre cinq et dix lésions visibles au niveau des os (colonne, sternum, bassin et côtes). Il peut y avoir des lésions invisibles. Nous avons mis en place une hormonothérapie, ainsi que des antalgiques. En l'état, la médication ne paraît pas tout à fait efficace, de sorte que nous devons envisager une autre hormonothérapie et, le cas échéant, une chimiothérapie. La patiente est à un stade de la maladie qui est incurable. Il est impossible de dire avec précision combien de temps la patiente peut vivre. Il est certain, compte tenu de son jeune âge et de l'absence d'autres facteurs, qu'elle mourra de son cancer. Dans ce type de cas, le patient peut vivre de quelques mois, en l'absence d'effet des traitements, à quelques années. En moyenne, on peut dire qu'il s'agit d'une durée de trois à sept ans. La maladie provoque des douleurs au niveau des os touchés et des poumons, de l'essoufflement et de la fatigue. Les médicaments augmentent les douleurs, en provoquent à d'autres endroits et également de la fatigue. La patiente est totalement incapable de travailler depuis août 2009. Elle est également empêchée dans la tenue de son ménage. La récurrence de 2009 est probablement une récurrence du cancer du sein de 2000, car nous n'avons pas retrouvé de nouvelles lésions qui expliqueraient ce cancer de 2009.

La patiente était en état de révolte et d'incompréhension en septembre 2009 et, en mars 2010, elle était dans un état dépressif plus profond. La récurrence a eu des effets psychologiques indéniables. Je lui ai conseillé de consulter un psychiatre et, comme elle était très mal en mars 2010, j'ai modifié la médication. Il n'est pas possible scientifiquement de démontrer qu'il y a un lien de cause à effet entre l'état dépressif et une aggravation du cancer. Les douleurs au dos qui étaient déjà présentes en 2006 ont été investiguées. Les examens ont révélé une hernie discale, mais pas de métastases. Compte tenu des douleurs, s'il y avait eu des métastases, nous les aurions vues normalement. »

36. La cause a été gardée à juger à l'issue de l'audience.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la demande de révision a été formée le 8 juin 2005 et la décision litigieuse date du 24 octobre 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Le présent recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de l'assurée, à compter du 1^{er} décembre 2008, soit par une révision, soit par une reconsidération, sur les conséquences de l'aggravation des lombalgies depuis mai 2005, ainsi que sur la prise en compte de l'aggravation de l'état de santé depuis 2009. La demande de mesures professionnelles n'a plus d'objet compte tenu de l'état de santé actuel de l'assurée.
5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

circonscrite, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le Tribunal fédéral admet la référence au groupe des tableau « A » de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), correspondant aux salaires bruts standardisés, pour déterminer le revenu qu'on peut raisonnablement exiger d'un invalide en dépit de son atteinte à la santé lorsqu'aucun revenu effectif n'est réalisé (cf. ATF 124 V 321). Il convient en outre de toujours se rapporter à la valeur médiane. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

d) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou si son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1^{er}). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon l'article 29 bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'article 29 al. 1 LAI celle qui a précédé le premier octroi.

Savoir si l'état de santé de l'assuré s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de suppression, ou encore si le degré d'invalidité a subi des variations malgré un état de santé demeuré stable est une question délicate. Il s'agit de comparer les faits, essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment de l'octroi, respectivement de la suppression, de la rente.

L'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où la demande est présentée, si la révision est demandée par l'assuré (art. 88bis al.1 let. a RAI). La diminution ou suppression de la rente prend effet au 1^{er} jour du second mois qui suit la notification de la décision (art 88bis al.2 let. a RAI).

e) Selon l'art. 53 al. 2 LPGa, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGa ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5).

Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2).

Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits.

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifelloos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère

erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3).

En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C_215/2007, consid. 3.2).

f) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la

décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

6. Dans le cas d'espèce et en premier lieu, le Tribunal confirme son arrêt du 3 mars 2009, s'agissant de la décision de suppression de la rente sur la base d'une révision par l'OAI avec effet au 1^{er} décembre 2008. En effet, l'état de santé de l'assurée n'a objectivement pas évolué de manière significative entre 2005 et 2008. D'une part, il faut retenir que les douleurs et la perte de force dans le bras gauche, consécutives au cancer du sein et à l'ablation des très nombreux ganglions touchés, ne se sont pas améliorées, conformément à ce qui est retenu par tous les médecins et la physiothérapeute consultés, à l'exception de l'expert du COMAI. Toutefois ce dernier a ausculté la patiente alors qu'elle avait bénéficié trois jours auparavant d'un drainage lymphatique ayant beaucoup atténué l'œdème, il n'a pas suffisamment tenu compte des plaintes constantes et invariables de la patiente à ce sujet, alors que pour le surplus, elle se plaint peu, voire pas assez, et il n'a pas pris contact avec les divers soignants pour affiner son appréciation du cas. D'autre part, l'état dépressif admis par le Dr Q_____, bien que peu discuté et diagnostiqué par un médecin interne et non psychiatre, est similaire à celui ressortant de l'expertise de 2008, en tant qu'elle se fonde sur la présence de trois des critères de l'état dépressif, soit une augmentation de la fatigabilité, des idées de mort et des troubles du sommeil. A noter que l'expertise de 2008 s'est faite dans des circonstances particulières : l'assurée souhaitait obtenir un stage professionnel et elle a volontairement sur estimé son état thymique, preuve en est qu'elle explique à l'expert que l'échec du COPAI était dû à une angine alors que le rapport fait longuement état de l'état dépressif de l'assurée et de ses conséquences sur son rendement. Ainsi, du point de vue psychique, il y a une amélioration légère de l'état de santé de l'assurée. Par contre, l'aggravation non contestée des lombalgies et sciatalgies compense l'amélioration de l'état dépressif.

S'agissant du degré d'invalidité à retenir, le résultat de l'enquête ménagère de 2004 reste valable, soit un empêchement de 34% sur une part de 30%. L'incapacité de travail de l'assurée est globalement restée la même sur la base des éléments qui précèdent. En 2005, les médecins des HUG et le médecin traitant retiennent une capacité de 50% dans une activité adaptée et le Dr SENN de 60%. En 2008, les conséquences des douleurs au bras sur la capacité de travail ont été sous-évaluées par l'expert, qui admet malgré tout une diminution de rendement de 40%. Ainsi, en tenant compte du taux d'incapacité et d'un abattement sur le salaire d'invalidé, il faut admettre que le taux d'invalidité s'est globalement maintenu à 45%.

En second lieu, après avoir donné l'occasion aux parties de s'exprimer sur la question de la reconsidération, il s'avère que c'est à tort que le Tribunal a admis, par arrêt du 3 mars 2009, que les conditions d'une reconsidération étaient réalisées.

D'une part, la décision initiale ne peut pas être considérée comme reposant sur une inexactitude manifeste. En effet, les diagnostics retenus et liés au cancer sont unanimement admis et documentés. Les limitations fonctionnelles concernant le bras gauche et l'incapacité de travail oscillant entre 50% et 75% ont été retenues par les Dr O _____ et M _____, qui ne sont pas les médecins traitants de l'assurée, selon les divers rapports médicaux établis de 2002 à 2005. Ces limitations sont confirmées par les médecins et par une physiothérapeute ultérieurement. Le Dr Q _____ indique qu'ils sont en voie d'amélioration, mais retient cependant qu'il n'est pas exigible de la patiente qu'elle reprenne une activité mettant à contribution son bras gauche. L'état dépressif retenu par l'expert mandaté, le Dr Q _____, est confirmé par le médecin traitant et par la Fondation Pro, qui insiste sur l'état dépressif manifeste de l'assurée et conseille une prise en charge psychiatrique. Les empêchements dans le cadre du ménage sont examinés avec soin, et ils relèvent pour partie de l'état dépressif et pour partie des douleurs au bras. Ainsi, la décision est prise sur la base de plusieurs avis médicaux et d'observations convergents et non pas de façon lacunaire. La décision est éventuellement critiquable, mais elle n'est pas manifestement erronée.

D'autre part, les conclusions du Dr U _____, expert psychiatre, en 2008, divergent de celles du Dr Q _____, mais les résultats de l'examen clinique sont très proches. Certes, l'expert est catégorique lorsqu'il exclut toute maladie psychiatrique en 2000, mais il l'est moins lorsqu'il retient que l'on "aurait pu penser à une fluctuation de l'humeur de nature dépressive depuis 2002". Surtout, l'arrêt du 3 septembre 2009 a admis la reconsidération sur le seul plan de "l'absence de trouble psychiatrique invalidant", alors que la décision initiale était aussi motivée par les empêchements liés à l'œdème du bras gauche. Il convient donc de retenir que l'expertise du Dr U _____ ne permet pas, à elle seule, de justifier la reconsidération, compte tenu de l'incertitude qui subsiste quand au diagnostic de dépression moyenne et aux autres éléments médicaux du cas. Ainsi, en reconsidérant la décision initiale, le Tribunal a procédé en réalité à une nouvelle appréciation du cas, prohibée par la jurisprudence à l'appui de la reconsidération. Il faut rappeler qu'il suffit que la décision initiale ne soit pas manifestement erronée, à savoir que le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable pour que la reconsidération soit exclue. Or, tel est le cas en l'espèce.

Sur ces deux premiers points donc, le recours est fondé et la décision de suppression de la rente du 24 octobre 2008 est annulée, ni les conditions de la révision, ni celles de la reconsidération étant remplies.

En troisième lieu et en tant que de besoin, l'arrêt du 3 mars 2009 est également erroné s'agissant du calcul du taux d'invalidité effectué (34,25%) sur la base de l'existence des seules lombalgies invalidantes. En effet, le Tribunal n'a pas repris, ni discuté, l'abattement de 10% pourtant admis par l'OAI et a omis la part d'empêchement liée au ménage. Contrairement aux griefs de la recourante, le

Tribunal a comparé les revenus de la même année, soit 2007, la mention de l'année 2008 étant une erreur de plume.

Le calcul doit donc être effectué, conformément aux calcul effectués par l'OAI sur la base des salaires de 2007.

Le revenu sans invalidité est fondé sur le salaire que l'assurée aurait pu réaliser chez son employeur en 2001 (49'773 fr.) indexé à 2007, soit 54'384 fr. Ce chiffre est admis par les parties.

Le revenu avec invalidité est fondé sur les données statistiques ESS 2006, indexées à 2007, TA1, femme, moyenne, niveau 4, pour 41,7 heures, soit 51'027 fr. Ce chiffre est admis par l'OAI et contesté par la recourante qui tient compte des salaires 2006 sans indexation. La capacité de travail de l'assurée retenue par l'OAI est de 70%, correspondant à un salaire de 35'719 fr.

L'abattement appliqué par l'OAI et sur lequel l'arrêt du 3 mars 2009 ne s'est pas prononcé, est discutable, car s'il tient compte des limitations fonctionnelles intimement liées aux lombalgies, mais aussi de celles concernant le bras gauche, du nombre d'années d'inactivité (huit ans), de la fatigabilité de l'assurée, de son inexpérience dans tous les autres domaines que ceux de la cuisine et les soins, qui ne lui sont plus accessibles, il faudrait alors admettre un abattement de 15%, soit un revenu de 30'361 fr, ce qui implique un taux d'invalidité professionnel de 44%. Toutefois, le Tribunal fédéral attribue un large pouvoir d'appréciation sur ce point à l'administration. En tenant compte d'un abattement de 10%, le taux d'invalidité global (professionnel et ménager) est de 39%. Avec un abattement de 15%, le taux d'invalidité est de 40,8%, ce qui justifierait également le maintien de la rente au-delà du 1^{er} décembre 2008, l'incapacité de travail relative aux lombalgies datant de plus d'un an.

Cette question peut rester ouverte, compte tenu de l'annulation de la décision du 24 octobre 2008, pour les motifs qui précèdent.

Reste à examiner si l'aggravation incontestée de l'état de santé de l'assurée depuis l'été 2009 peut être prise en compte et jugée par le présent arrêt. En l'état et sur la base de l'avis du SMR, l'OAI admet que l'asthénie provoquée par l'existence d'un cancer généralisé incurable et les traitements subis justifient une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} août 2009. Les rapports médicaux produits et l'audition de la Dresse E_____ ont permis d'établir avec un degré de vraisemblance suffisant, et sans qu'il soit nécessaire de solliciter l'avis du SMR ou d'ordonner une expertise, que l'assurée est atteinte depuis août 2009 d'un cancer métastatique incurable, dont les conséquences, ainsi que celles de la médication, sont d'importantes douleurs, de l'essoufflement et de la fatigue. Le pronostic est très sombre dès lors que la durée des effets du traitement prodigué est incertaine, et que d'après le médecin entendu, l'espérance de vie de la patiente va de quelques mois à

quelques années. L'assurée est ainsi totalement incapable de travailler depuis le mois d'août 2009. Elle est aussi empêchée dans la tenue de son ménage.

Selon le médecin entendu, la récurrence de cancer et les métastases aux poumons et aux os sont très probablement une récurrence du cancer de 2000, soit les suites du cancer du sein diagnostiqué et opéré en 2000, dès lors qu'aucune autre lésion n'explique la récurrence. L'incapacité de travail de l'assurée depuis 2000, qui a justifié le dépôt de la demande d'invalidité, était due au cancer. Cette affection a été traitée par une chimiothérapie, une radiothérapie et un traitement de Tamoxifen jusqu'en novembre 2004. Ensuite, et malgré l'avis du Dr Q_____, les douleurs et l'œdème au bras gauche, exclusivement dus au cancer, ont justifié pour partie l'octroi d'un quart de rente, ne serait-ce que du point de vue de l'empêchement dans les tâches ménagères et les limitations dans le métier exercé jusque-là. Le fait que l'assurée ait connu une rémission du cancer de plus de trois ans ne change rien au fait que l'incapacité de travail totale de 2009 est de même origine que celle de 2000, soit le cancer du sein de 2000 qui a récidivé et provoqué des métastases. Ainsi, selon les art. 29 bis RAI et 88a RAI, il faut déduire du délai de carence d'un an imposé par l'art. 20 al. 1 let b LAI, la période d'attente qui a précédé le premier octroi, soit en l'espèce un an. Cela revient à admettre que l'augmentation de la rente n'est pas soumise à ce délai d'un an.

Le Tribunal estime, en premier lieu, que les faits médicaux sont suffisamment établis pour admettre une incapacité totale de travail dans la part professionnelle de l'assurée (70%) et un empêchement au moins égal à celui retenu en 2005 et 2008 de 34% dans la part ménagère (30%), ce qui implique que le taux d'invalidité est de l'ordre de 80%, ouvrant le droit à une rente entière. En second lieu, l'aggravation date d'août 2009, la demande de révision a été faite en octobre 2009, de sorte que la rente entière doit être versée dès le 1^{er} novembre 2009. En troisième lieu, l'OAI a eu l'occasion de s'exprimer sur cette question, par écrit le 18 mars 2010 et par oral lors des audiences des 23 mars et 20 avril 2010, en s'opposant à l'examen par le Tribunal de l'aggravation survenue en été 2009. Aussi, la procédure juridictionnelle administrative sera étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à la détermination du droit à la rente dès novembre 2009 qui excède l'objet du litige visé par la décision du 24 octobre 2008, toutes les conditions étant réalisées. La question est en état d'être jugée, l'aggravation de l'état de santé est étroitement liée à l'affection initiale, et l'administration a pu s'exprimer à ce sujet dans un acte de procédure au moins.

Compte tenu de ce qui précède, l'assurée a droit à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2009.

7. Le recours est donc admis, la décision du 24 octobre 2008 est annulée. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à l'octroi de dépens fixés en l'espèce à 2'500 fr.

Pour terminer, la gravité de l'état de santé de la recourante, le pronostic sombre et le souhait légitime de l'assurée de vivre sa fin de vie dignement avec son jeune fils, devraient justifier, en cas de recours de l'administration, que celle-ci ne sollicite pas du Tribunal fédéral, à tout le moins, la restitution de l'effet suspensif s'agissant du versement du quart de rente.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 24 octobre 2008, et maintient le droit au quart de rente octroyé par décision du 18 mai 2005.
3. Dit que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2009.
4. Dit que la demande de mesures professionnelles est sans d'objet.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI .
6. Condamne l'OAI au versement d'une indemnité de procédure de 2'500 fr. en faveur de l'assurée.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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