

## **GE\_GERICHTE ATAS/12/2018 vom 11. Januar 2018**

GE Cour de justice, 2018-01-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_12\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_12_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/12/2018 du 11 janvier 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/12/2018 del 11 gennaio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 41**

Se fondant sur les rapports annexés de la Dresse B\_\_\_\_\_, la recourante a constaté que, selon l'experte judiciaire, la capacité de travail n'était que de 50 % au plus après une reprise progressive. Cela impliquait que des mesures de réinsertion fussent indiquées. Il était par ailleurs impossible de savoir si sa fatigue et ses douleurs étaient attribuées à la fibromyalgie, l'arthrose, l'obésité ou à une CrF. Vraisemblablement, la cause en était multifactorielle. On savait par ailleurs que la recourante devait continuer à prendre le traitement de Tamoxifène encore pendant cinq ans.

#### **E. 42**

La recourante a annexé à ses dernières écritures notamment un courrier du 31 octobre 2017 de la Dresse B\_\_\_\_\_ à son mandataire. Ce médecin y faisait état de ce que la reprise d'une activité lucrative ne pouvait être envisagée en raison des douleurs chroniques présentes depuis plusieurs années et aggravées par le traitement de Tamoxifène et une fatigue intense, par moments invalidante. On ne pouvait savoir si la fatigue et les douleurs étaient à attribuer à la fibromyalgie, l'arthrose, l'obésité ou à une CrF. La cause de ces symptômes était probablement multifactorielle. Par ailleurs, le traitement par Tamoxifène allait durer encore cinq ans. La recourante avait montré sa bonne volonté de reprendre une activité lucrative en 2013. Cependant, le stage de réinsertion professionnelle avait provoqué une aggravation des douleurs. La capacité de travail était actuellement nulle.

#### **E. 43**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

A/3789/2016 - 12/22 - 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 3. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé

physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 5. a. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. b. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social". b/a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

A/3789/2016 - 13/22 - Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. b/b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. b/c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence. b/d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le

contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss )" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2). b/e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio- culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3). c/a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la

A/3789/2016 - 14/22 - vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. c/b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte. 6. Récemment, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence au sujet des troubles psychiques en matière d'AI. Dorénavant, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique à toutes les maladies psychiques. Pour les dépressions légères à moyennes en particulier, cela a pour conséquence que le critère de « résistance à la thérapie » comme condition pour obtenir une rente AI n'a plus la même importance (arrêts 8C\_841/2016, 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017). 7. 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

A/3789/2016 - 15/22 - les centres corticaux et spinaux de la senso-motricité, ainsi que du métabolisme énergétique. Les causes et l'origine de la CrF ne 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. 8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/3789/2016 - 16/22 - manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

A/3789/2016 - 17/22 - d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans

le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. a. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'une première expertise, peu avant la découverte de son cancer du sein, par le Dr C\_\_\_\_\_ fin octobre 2011. Ce médecin diagnostique des lombalgies chroniques, des troubles dégénératifs pluri-étagés, des discopathies L5-S1 et de D10-D12, une gonarthrose primaire prédominante à gauche, une suspicion de lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, des talalgies bilatérales avec insertionite de l'aponévrose plantaire des deux côtés, un syndrome de la coiffe des rotateurs des deux épaules avec conflit sous-acromial à droite et une suspicion de la déchirure du tendon du sus-épineux à gauche. L'activité habituelle ne peut plus être exercée. Seul un travail sédentaire est possible avec nécessité de faire des pauses chaque heure, d'éviter les charges, les travaux en avant et en porte-à-faux, des mouvements répétés des épaules et au-delà de l'horizontale. Ce médecin estime que même dans une activité adaptée, la capacité de travail est limitée à 50 % compte tenu des multiples atteintes et des douleurs. Par la suite, l'état de santé de la recourante s'est aggravé, avec la découverte d'un cancer du sein et une opération le 27 janvier 2012, suivie de différentes thérapies. Dans son rapport du 7 mars 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ de l'unité d'oncogynécologie médicale des HUG, atteste une incapacité de travail totale même dans une activité adaptée, en raison de l'asthénie due à la chimiothérapie et aux douleurs articulaires

A/3789/2016 - 18/22 - accentuées par le Tamoxifène. La Dresse B\_\_\_\_\_ confirme le 13 mars 2013 une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome métabolique, de l'obésité, de l'évolution pathologique oncologique et d'un syndrome de fatigue chronique. Un stage d'orientation professionnelle chez PRO commencé en août 2013 a échoué. En effet, selon le rapport du 7 octobre 2013 de PRO, la recourante s'absentait dès la première semaine en raison de douleurs très importantes. La Dresse B\_\_\_\_\_ atteste dès septembre 2013 de la difficulté de suivre ce stage en raison d'une asthénie intense et d'une grande fatigabilité, mais également en raison des mouvements répétitifs provoquant une recrudescence de la périarthrite de l'épaule gauche. L'asthénie et la sensation d'épuisement physique sont aggravées depuis la reprise du travail, ce qui est lié en partie à la prise d'anti-oestrogènes (Tamoxifène). Selon la Dresse B\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est totale. Dans son rapport du 20 janvier 2014, le service d'oncologie des HUG atteste une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur le plan psychique, le Dr G\_\_\_\_\_ diagnostique une dépression et un épisode schizoïde. Selon ce médecin, la capacité de travail est nulle. En octobre et novembre 2015, la recourante est examinée par les experts du CEMed. Aux diagnostics retenus en substance déjà par le Dr C\_\_\_\_\_, ils s'ajoutent un carcinome canalaire invasif, un status après tumorectomie, une excision du ganglion sentinelle, une chimiothérapie terminée le 6 juillet 2012, une radiothérapie terminée le 24 septembre 2012 et une hormonothérapie de Tamoxifène en cours. Les diagnostics suivants sont 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, hypertension artérielle traitée et obésité morbide. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles au niveau psychique. Sur le plan physique, la recourante doit 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 est gauchère. La capacité de travail est nulle comme aide-soignante depuis le 28 avril 2011. Une activité adaptée est exigible à 50 % trois mois après la fin de la radiothérapie, soit dès le 1er janvier 2013, et à 100 % dès le 1er avril 2013. La grande fatigue dont se plaint la recourante n'est pas explicable d'un point de vue médical, une amélioration de l'asthénie chimio-thérapeutique et de l'intolérance à l'hormonothérapie étant attendue habituellement. Cette fatigue doit ainsi être considérée comme faisant partie du tableau fibromyalgique. Dans les plaintes, la recourante fait état aux experts du CEMed d'une fatigabilité (7/10)

A/3789/2016 - 19/22 - surtout en début d'après-midi depuis la chimiothérapie en 2012. L'asthénie est de plus en plus marquée, malgré un sommeil réparateur. A cela s'ajoutent des douleurs chroniques diffuses apparues en 2010. Le syndrome douloureux a été exacerbé par la chimiothérapie, selon la recourante. A l'examen clinique l'expert psychiatre note à cet égard que l'assurée apparaît fatigable et fatiguée au cours de la seconde partie de l'entretien. Il est noté également dans cette expertise que le diagnostic de fibromyalgie précède l'introduction de l'hormonothérapie, dès lors que ce diagnostic figure dans le rapport de la première consultation de radio-oncologie. Dans son expertise judiciaire du 14 juillet et son complément du 16 octobre 2017, la Dresse K\_\_\_\_\_ retient le diagnostic principal oncologique de carcinome canalaire invasif du quadrant supérieur externe du sein gauche, grade 3 avec tumorectomie et recherche du ganglion sentinelle, chimiothérapie par trois cycles de FEC et trois cycles de Docetaxel, radiothérapie locale, traitement anti-hormonal par Tamoxifène du 7 novembre 2012, suppression ovarienne par analogue de LHRH, traitement anti-hormonal par Exémestane associé à un analogue de LHRH en janvier et février 2015 et traitement anti-hormonal par Tamoxifène de nouveau dès février 2015, ainsi qu'un arrêt de la suppression de la fonction ovarienne en mars 2015. A cela s'ajoute une fibromyalgie diagnostiquée en 2011 et une asthénie de grade 1 voire 2 par moments, depuis le diagnostic de la maladie tumorale et les traitements oncologiques. A cet égard, l'experte judiciaire relève qu'une majorité des patientes avec un cancer du sein rapportent une fatigue pendant le traitement et jusqu'à 34 % des patientes peuvent ressentir une certaine fatigue cinq à dix ans après la fin du traitement. L'hormonothérapie par Tamoxifène peut occasionner une fatigue, des bouffées de chaleur et des arthromyalgies. L'origine des douleurs dont se plaint la recourante est vraisemblablement multifactorielle (traitement anti-hormonal, fibromyalgie et gonalgie sur arthrose, atteinte dégénérative modérée du rachis lombaire, obésité, troubles alimentaires de type boulimie). La capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 20 % dans une activité légère, laquelle pourrait ensuite être augmentée progressivement au taux de 50 %. L'échec du stage de réadaptation professionnelle en août et septembre 2013 est dû à la fatigue importante, aux troubles de la concentration possiblement liés à une CrF et aux effets adverses du traitement en cours. L'experte judiciaire se détermine aussi sur l'expertise du CEMed et relève à cet égard qu'il est possible qu'il y avait une amélioration de l'asthénie post-traitement de chimiothérapie à ce moment, ainsi qu'une amélioration de la tolérance au traitement anti-hormonal. b. L'expertise judiciaire repose sur une connaissance complète du dossier médical, ainsi qu'un examen clinique de la recourante. Elle prend par ailleurs en considération les plaintes de celle-ci et contient des conclusions motivées et cohérentes, de sorte qu'elle remplit en principe les conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est à cet égard notamment à relever que la CrF est un syndrome multidimensionnel, comme

l'a reconnu le Tribunal fédéral, et résulte de processus

A/3789/2016 - 20/22 - complexes et multi-causals. Les causes et l'origine de la CrF ne sont actuellement pas complètement élucidées. Il est cependant admis que plusieurs facteurs somatiques, émotionnels, cognitifs et psychosociaux y sont associés. Il y a aussi 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. Il n'en demeure pas moins que, selon la jurisprudence, le symptôme d'accompagnement d'atteinte oncologique et du traitement a une origine organique, raison pour laquelle son caractère invalidant ne doit pas être examiné sur la base des indicateurs élaborés pour les troubles somatoformes douloureux persistants. Cela étant, il paraît convainquant en l'espèce que la CrF provoque une incapacité de travail importante, à savoir de 80 %, selon les conclusions de l'experte judiciaire. Certes, cette conclusion va à l'encontre de celle des experts du CEMed. Toutefois, comme déjà relevé dans l'ordonnance d'expertise, ceux-ci n'ont pas examiné la capacité de travail de la recourante sous l'angle de la CrF et des douleurs liées au traitement hormonal, les attribuant à une fibromyalgie. Il est vrai que des problèmes fibromyalgiques peuvent également intervenir dans la CrF et l'apparition de douleurs articulaires. Néanmoins, comme mentionné ci-dessus, la CrF, associée à de multiples facteurs, est reconnue comme une cause d'invalidité organique par la jurisprudence en la matière. Il est par ailleurs incontestable que le traitement hormonal par Tamoxifène peut provoquer des douleurs articulaires, respectivement les exacerber. A cela s'ajoute que la recourante souffre indéniablement de multiples atteintes physiques objectivables dont les douleurs peuvent également être aggravées par ce traitement. Contrairement à l'experte judiciaire, la chambre de céans estime en outre que l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré au moment de l'expertise par le CEMed. En effet, ses plaintes étaient alors identiques à celles dont elle a fait part à l'experte judiciaire. Elle se plaignait déjà à ce moment d'une grande fatigue et celle-ci a été objectivée par l'expert psychiatre. Cela étant, la chambre de céans juge convaincantes les conclusions de l'experte judiciaire et admet qu'au moment de son expertise, la recourante présentait une incapacité de travail de 80%. Dans l'avenir, il appartiendra cas échéant à l'intimé de procéder à une révision, afin d'établir si l'état de la recourante s'est amélioré, notamment après la fin du traitement par Tamoxifène. 11. Une incapacité de travail de 80 % ouvre le droit à une rente d'invalidité entière, au vu des revenus avec et sans invalidité résultant de l'établissement de la perte de gain par l'intimé le 23 mars 2016, lesquels ne sont pas contestés. 12. Cela étant, le recours sera admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès avril 2012. 13. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est octroyée à titre de dépens.

A/3789/2016 - 21/22 - 14. Dans la mesure où l'intimé succombe, un émolument de CHF 200.- est mis à sa charge. \*\*\*

A/3789/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.