

## **GE\_GERICHTE A/2380/2010 vom 12. März 2012**

GE Cour de justice, 2012-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2380\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2380_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2380/2010 du 12 mars 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2380/2010 del 12 marzo 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Madame P \_\_\_\_\_, domiciliée aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SOLTERMANN Etienne recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, domicilié Rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 intimé EN FAIT Madame P \_\_\_\_\_, née en 1961, de nationalité italienne, vit en Suisse depuis 1985. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité de secrétaire à raison de 60% jusqu'au 11 octobre 2004, date à laquelle elle a découvert qu'elle était atteinte d'un cancer du sein. Elle a été mise au bénéfice de moyens auxiliaires AI. L'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) le 5 décembre 2009. Le Docteur A \_\_\_\_\_ a confirmé dans un rapport du 22 septembre 2005 que sa patiente souffrait d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche, et a fixé l'incapacité de travail à 100% à compter du 12 octobre 2004. Le 16 novembre 2005, le Dr B \_\_\_\_\_, oncologue, a déclaré que l'assurée pourrait travailler dans son activité de secrétaire, lorsque le traitement en cours serait terminé, probablement à 80-100%, avec une diminution de rendement. Le 28 janvier 2006, le Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis 2004 et cancer du sein gauche, étant précisé que l'état de santé s'aggrave. Il considère que l'assurée est incapable de travailler à 100% et précise que les troubles psychiques dont elle souffre sont réactionnels à des événements de vie adverses. Dans un rapport du 10 décembre 2006, le Dr B \_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un status après curage axillaire le 10 novembre 2004, puis mastectomie gauche le 23 février 2005 avec ovariectomie simultanée (laparoscopie), d'une tumeur de type carcinome canaliculaire invasif de pronostic réservé de stade ypT3 Nx G1 avec hormonosensibilité, d'un status après chimiothérapie néo-adjuvante et traitement anti-hormonal de Lucrin, puis réadaptation avec Herceptin et Taxotère, traitement actuel par Femara, d'une polyarthropathie étagée sous traitement de Tilur, d'un état dépressif sous traitement de Deroxat, d'un syndrome climatérique et effets secondaires avec rétention hydrosodée sous traitement d'Aldactone, et d'une tendance à l'hypotension orthostatique et arythmie sous traitement de Gutron et Magnésium, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un reflux gastro-oesophagien sous Nexium, une dyspnée d'effort à réévaluer en fonction du suivi cardiologique, de douleurs post-opératoires du membre supérieur gauche sur discopathie D2-D4, de contractures musculaires et myalgies imputables au traitement de Femara, et d'une thalassémie mineure. Il considère que sa patiente est incapable de travailler à 100% depuis le 24 octobre 2004 dans sa profession de secrétaire (intrications de raisons psychiques, douleurs et hypotension), et précise que des mesures professionnelles seront probablement indiquées lorsque le problème articulaire sera clairement diagnostiqué et traité. Le 26 décembre 2006, le Dr C \_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité de travail à 100%

depuis 2004. Le 27 octobre 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé était stationnaire depuis 2006, précisant que "nous restons chez une patiente très invalidée par un syndrome algique articulaire, par une cicatrice de mastectomie qui n'a pas été irradiée, par un état dépressif réactionnel sous traitement de Deroxat avec suivi par le Docteur C \_\_\_\_\_, onco-psychiatre à Genève, et dans le contexte actuellement de l'absence de signe de rechute d'une tumeur mammaire gauche de pronostic réservé responsable éventuellement d'une intrication avec le problème rhumatologique susmentionné". A la question de savoir quel était le taux de capacité de travail de sa patiente, le Dr B \_\_\_\_\_ a noté 100%. Interrogée par l'OAI, la Doctoresse D \_\_\_\_\_, cardiologue, a indiqué le 24 janvier 2008 que l'assurée ne présentait pas d'atteinte cardiologique pouvant avoir des répercussions sur la capacité de travail. La Doctoresse E \_\_\_\_\_, rhumatologue, a posé les diagnostics de polyarthralgie d'origine incertaine, de probable fibromyalgie et d'état dépressif réactionnel depuis fin 2005, tous diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Elle rappelle le carcinome canaliculaire invasif du sein gauche, toutefois sans influence sur la capacité de travail. Le Dr F \_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation, et le Dr G \_\_\_\_\_, psychiatre, ont procédé le 3 juin 2008 à un examen clinique de l'assurée dans le cadre du Service médical régional AI (SMR). Ils ont retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une polyarthralgie d'origine indéterminée (polyarthralgies secondaires à un traitement hormonal de Femara, et fibromyalgie secondaire à une pathologie tumorale), et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une thalassémie mineure, un status après mastectomie gauche et ovariectomie pour carcinome canalaire invasif YPT 3 NXG 1, un status après curage ganglionnaire axillaire et chimiothérapie adjuvante, un reflux gastro-oesophagien chronique, et une dysthymie à début tardif. Ils ont considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité envisagée, d'octobre 2004 à septembre 2005, soit six mois après l'intervention chirurgicale subie, et trois mois après la fin de la dernière cure de chimiothérapie adjuvante, et une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle depuis. Dans une note du 25 juillet 2008, la Doctoresse H \_\_\_\_\_, médecin conseil du SMR, a dès lors proposé d'effectuer une révision dans une année afin de déterminer si à ce moment-là l'assurée présente des répercussions somatiques du traitement de Femara, étant précisé que si les polyarthralgies sont toujours les mêmes et qu'il n'y a pas d'évolution de l'état de santé, avec des limitations fonctionnelles objectivables, il conviendra de retenir que ces douleurs sont apparues dans un contexte de fibromyalgie. Il devra alors être décidé si celle-ci est invalidante ou non. La Dresse H \_\_\_\_\_ a ainsi constaté que l'assurée présentait une capacité de 50% dans l'activité habituelle, une capacité de 50% dans une activité adaptée, avec les limitations suivantes : pas de port de charge supérieure à 2,5 kilos de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de trente minutes sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, pas de montée et descente d'escaliers à répétition et pas de position de genuflexion à répétition et une capacité de 25 à 50% dans l'activité de ménagère. L'OAI ayant retenu un statut mixte pour l'assurée, réparti à raison de 80% pour la sphère professionnelle, et de 20% pour la sphère ménagère, une enquête ménagère a été réalisée le 30 septembre 2008, de laquelle il résulte un degré d'incapacité à accomplir les tâches quotidiennes de 28,5%. L'enquêtrice a relevé que "dans la sphère ménagère, les empêchements de l'assurée sont relativement importants en raison de nombreuses limitations fonctionnelles". Un mandat de réadaptation a été confié au service

ad hoc. Compte tenu du fait que l'activité habituelle de l'assurée est exigible à 50%, d'une part, mais que celle-ci a été licenciée, d'autre part, il a été prévu de lui accorder une aide au placement. Il résulte toutefois d'une note établie par le responsable de coordinateur-emploi le 27 octobre 2009 que l'assurée a demandé à reporter les éventuelles démarches en faveur d'un retour sur le marché du travail, en raison d'une prochaine intervention médicale qu'elle devrait subir. Le 15 mars 2010, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel tant la rente que des mesures professionnelles lui étaient refusées. L'assurée, représentée par Me Etienne SOLTERMANN, a contesté ce projet et a produit un nouveau rapport du Dr B \_\_\_\_\_ daté du 15 avril 2010, aux termes duquel celui-ci exprime son incompréhension face à la décision de l'AI. Dans une note de travail datée du 2 juin 2010, l'enquêtrice chargée de déterminer les empêchements rencontrés par l'assurée dans la tenue de son ménage, a précisé que le taux retenu de 28,5% tenait non seulement compte de l'obligation de réduire le dommage de la part de l'assurée, mais également de l'aide exigible de la part des membres de sa famille, soit son mari et ses deux enfants âgés de 15 et 20 ans, dans l'ensemble des tâches ménagères. La Dresse H \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'évolution radioclinique du cancer du sein était favorable, et que le pronostic semblait meilleur. S'agissant des effets secondaires du Femara, elle rappelle dans deux notes des 21 et 25 mai 2010 qu'il en a déjà été tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail de 50%. Par décision du 7 juin 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision, compte tenu d'un degré d'invalidité de 36%. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 12 juillet 2010 contre ladite décision. Elle conteste le taux d'invalidité retenu par l'OAI tant pour la part professionnelle que pour la part non professionnelle et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 12 octobre 2005. Dans sa réponse du 26 juillet 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours. Le 5 août 2010, l'assurée a versé au dossier une attestation établie par la Dresse I \_\_\_\_\_, psychiatre, le 5 juillet 2010, laquelle retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité sévère. Le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a ordonné l'audition de ce médecin le 26 octobre 2010. Celle-ci a déclaré que : "Je sais que l'assurée était suivie par le Dr C \_\_\_\_\_. Je ne sais pas pour quelle raison elle a souhaité changer de médecin. C'est sur recommandation du Dr B \_\_\_\_\_ qu'elle m'a consultée. Je confirme le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode d'intensité sévère, lorsque j'ai vu l'assurée pour la première fois, soit le 21 mai 2010. Ce diagnostic pour moi ne fait aucun doute. Il était nécessairement présent depuis un certain temps. Il m'est lu les constatations faites par le psychiatre du SMR en date du 3 juin 2008. Je constate qu'il y a là tous les critères CIM 10 correspondant à une dépression, à l'exception de la concentration et l'attention. Je considère que le diagnostic retenu par ce médecin de dysthymie est trop léger. Ce que j'ai pu voir moi-même était plus sévère. J'ai relevé notamment les critères d'anxiété, concentration et attention, en plus. L'état dépressif dont souffre l'assurée est réactionnel à son état de santé. Il s'est installé à présent depuis 7-8 ans. Il s'agit donc bien d'un trouble récurrent. Vu la chronicité, je dirais que le pronostic est réservé. Il est très difficile d'établir un taux de capacité de travail, dans la mesure où celui-ci peut être nul certains jours et mieux d'autres, de façon imprévisible. (...) J'ai établi mon diagnostic, parce que j'ai constaté : manque d'énergie, fatigabilité extrême, apathie, anhédonie, anxiété, irritabilité, trouble de l'attention et de la mémoire, manque de plaisir, labilité émotionnelle, perte d'espoir, attitude pessimiste, idées noires, ruminations, idées de culpabilité, dévalorisation, image négative d'elle-même, troubles majeurs du sommeil, troubles de l'appétit, manque de libido, importante tristesse, idées de mort passive (si j'étais morte, les choses seraient plus simples

pour ma famille)." A l'issue de l'audience, le Tribunal a décidé d'entendre le Dr B\_\_\_\_\_. Celui-ci, le 1<sup>er</sup> février 2011, a déclaré que "Je répète que les divers traitements (chimiothérapies, Femara plus particulièrement) ont induit une toxicité neurologique propice à des complications, telles que la polyarthropathie. Environ 30% des patients ont des douleurs articulaires. J'avais cité un article rédigé par le Dr J\_\_\_\_\_ qui décrit le dépôt de médiateurs responsables de douleurs articulaires, dont les médecins du SMR auraient dû prendre connaissance. Il existe bien sûr des traitements pour les polyarthralgies, mais qui ne peuvent être administrés aux patients qui ont souffert par ailleurs d'un cancer. Il n'est pas question pour la patiente d'interrompre le traitement de Femara, les risques de rechute étant trop importants. En principe, ce traitement doit être pris durant sept ans (il est peut-être question de prolonger ce délai à dix ans), de sorte qu'à ce moment-là on peut tout à fait imaginer que les polyarthralgies diminuent au bout de 6 à 12 mois. Pour moi, le diagnostic établi par le médecin du SMR de fibromyalgie ne veut rien dire. Ce qu'il faut dire ici c'est que la chimiothérapie a préparé le terrain, et que le traitement anti-hormonal a aggravé l'atteinte. Il m'est lu le 2<sup>ème</sup> paragraphe du status neurologique page 5 du rapport SMR du 3 juin 2008. Je dirais ceci : Ce qui est observé est parfaitement juste. Une personne sous traitement de Femara a précisément des difficultés à "la mise en route", à initier le mouvement. C'est ainsi que le matin, par exemple, elle peut adopter une marche qui peut être qualifiée de théâtrale. Ces difficultés disparaissent avec le "rodage". Je citerais un article d'une revue médicale américaine paru en décembre 2010, selon lequel des femmes jeunes ont interrompu le traitement de Femara en raison précisément des douleurs articulaires et des bouffées de chaleur, sans se préoccuper des risques de rechute. La patiente est atteinte d'un cancer HER 2 positif, soit l'un des plus virulents. Elle est en stade 3, ce qui signifie qu'il s'agit d'une atteinte avancée. Nous pouvons traiter ce type de façon efficace depuis une dizaine d'années. Si elle devait interrompre son traitement de Femara et si son état empirait, elle devrait bien entendu reprendre ce traitement. S'agissant des conséquences sur la capacité de travail, je rappelle que si l'on traite la polyarthrite, l'on bloque ce faisant les effets du traitement de Femara. La patiente souffre de douleurs, d'une diminution de la motricité et de la sensibilité, et de poussées inflammatoires. Il s'agit-là des critères compatibles avec la polyarthrite. Nous parlons dans son cas de polyarthropathie, car il s'agit des effets secondaires d'un traitement. L'origine est donc différente. Les effets sont toutefois à peu près identiques dans leur répercussion. Je considère dès lors qu'elle est incapable de travailler à 100%, même dans une activité de bureau. Je répète qu'elle n'a aucune force dans les mains, par exemple. Nous avons tenté d'autres traitements, tel que la cortisone. Ça a été un échec. Je ne vois pas quel type d'activité la patiente pourrait exercer, vu le marché de l'emploi à Genève. Je rappelle de surcroît que le traitement Femara a également des effets sur la capacité de mémorisation et de concentration. Je répète que si l'on attendait 18 mois - 2 ans, il serait possible d'envisager qu'elle puisse se réinsérer. J'estime que l'expertise réalisée par les médecins du SMR n'a pas été faite correctement. Il leur appartenait de consulter tout au moins un oncologue, un pharmacologue. Il s'agit ici principalement d'un problème médicamenteux. Je constate que l'assurée a subi un examen rhumatologique et psychiatrique seulement. Chacun sa spécialité. L'élément fatigue est très important lorsqu'un traitement de Femara est pris. Les médecins du SMR ont relevé qu'il n'y avait pas d'objectivation de la maladie, qu'il n'y avait pas de processus inflammatoire. Je me réfère à l'article du Dr J\_\_\_\_\_ dont j'ai parlé : les interleukines constituent de bons marqueurs. On pourrait également objectiver l'atteinte en pratiquant de micros biopsies sur les nerfs des doigts. Au moment d'une poussée inflammatoire, des éléments sont visibles

par échographie (cf. MORALES)." Par courrier du 9 février 2011, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions en rejet du recours. Il se fonde sur l'avis du SMR du 7 février 2011, selon lequel "le Dr I\_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité sévère lorsque l'assurée a commencé à la voir pour la première fois le 21 mai 2010. Selon ce médecin, ce diagnostic ne fait aucun doute, néanmoins, il n'est pas mentionné les raisons pour lesquelles ce médecin retient que l'assurée présenterait un trouble dépressif récurrent, puisque lors de l'examen psychiatrique du 3 juin 2008, il n'a pas été retenu d'épisode dépressif majeur. Se basant sur ce même examen, ce médecin qui n'a pas vu l'assurée à cette époque, affirme qu'il y avait tout pour retenir ce diagnostic, ce que je réfute. Ce d'autant plus que par la suite, ce médecin mentionne que l'état dépressif dont souffre l'assurée est réactionnel à son état de santé. Le Dr I\_\_\_\_\_ ne connaît pas bien les classifications de la CIM 10 puisqu'un état dépressif réactionnel n'est pas un état dépressif majeur codé F32 ou F33 selon la CIM 10. Par ailleurs, un état dépressif réactionnel n'entraîne aucune incapacité de travail habituellement de longue durée et ne perdure pas au-delà d'une année selon les classifications, ce qui est contradictoire avec ce qui est dit puisque selon ce médecin, il serait installé depuis 7 à 8 ans et qu'il s'agirait bien d'un trouble dépressif récurrent. Nous rappellerons que pour que le diagnostic de trouble dépressif récurrent puisse être retenu, il faut qu'il y ait un épisode dépressif majeur et non mineur comme c'était le cas en juin 2008 dans cette situation avec une rémission complète puis un nouvel épisode. Ce médecin ne démontre pas cela. La question est de savoir s'il s'agit d'une interprétation différente d'un même état de fait ou d'une aggravation de l'état de santé, Par ailleurs et de manière contradictoire, le médecin mentionne encore que depuis le début du suivi en mai 2010, il a été constaté une amélioration de l'état de santé par moments. Mais cela dépendrait essentiellement «du caractère imprévisible des souffrances physiques». Nous sommes donc en présence d'une assurée qui présente des douleurs somatiques avec un état dépressif d'accompagnement qui avait été décrit comme mineur lors de l'examen psychiatrique du 3 juin 2008. Le psychiatre traitant n'amène pas beaucoup d'éléments nouveaux si ce n'est une interprétation différente de cet examen clinique. (...)

Le Dr B\_\_\_\_\_ explique pourquoi selon lui les douleurs poly-articulaires présentées par l'assurée peuvent être prises dans le cadre de complications des traitements oncologiques. En ce qui concerne les douleurs présentées par l'assurée, il réfute le diagnostic de fibromyalgie qui selon lui n'a aucun sens puisque ce serait la chimiothérapie qui a préparé le terrain et que le traitement antihormonal aggravait l'atteinte. Il ne note néanmoins pas de limitations fonctionnelles objectives. Il s'agit essentiellement de symptômes subjectifs de l'assurée qui ne se traduisent pas par des limitations fonctionnelles objectives selon l'examen clinique SMR bi-disciplinaire du 3 juin 2008. En effet, lors de cet examen très détaillé, il a été retenu comme diagnostic des polyarthralgies d'origine indéterminée partiellement secondaires à un traitement hormonal et partiellement à une fibromyalgie secondaire à la pathologie tumorale. Le SMR a donc reconnu ces douleurs et a considéré que celles-ci avaient une influence sur la capacité de travail de l'ordre de 50%".

Le 18 mars 2011, l'assurée a transmis à la Cour de céans un courrier du Dr B\_\_\_\_\_ du 3 mars 2011. Celui-ci considère que le SMR sous-estime l'influence des douleurs dont souffre sa patiente sur sa capacité de travail. Il rappelle qu'il n'a pas réfuté l'examen des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ puisqu'il a au contraire confirmé que leur appréciation de l'état clinique était juste, mais qu'il a constaté que leurs conclusions étaient erronées dans les conséquences des phénomènes qu'ils observaient. Il relève que "nous sommes en 7<sup>ème</sup> année d'évolution favorable et il nous manque encore environ un an pour que nous puissions

interrompre le traitement de cette patiente. Comme je l'ai dit, je pense que nous serons en mesure d'observer les effets extrêmement favorables qui compte tenu du désir de cette patiente de se battre dans la vie, lui permettront certainement de retrouver une activité professionnelle. Il y a donc un délai, et ce délai fait appel peut-être à un certain pari, mais aussi à l'observation de faits cliniques qui restent à intégrer selon un principe translationnel que nous développons beaucoup actuellement en cancérologie aux effets de nos traitements et ceci en particulier de par le polymorphisme génétique". Dans une note du 5 avril 2011, la Dresse H\_\_\_\_\_ a considéré que l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ du 3 mars 2011 ne mettait en évidence ni de nouvelle atteinte ni d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, raisons pour lesquelles les conclusions précédentes du SMR restaient toujours valables. Le 18 mai 2011, l'assurée conteste les références de la Dresse H\_\_\_\_\_ à la jurisprudence du Tribunal fédéral, prend note de ce que celle-ci conclut à ce qu'il plaise au Tribunal de décider de la suite à donner à ce dossier, et en conclut qu'il s'agira de constater que l'OAI s'en rapporte ainsi purement et simplement à justice. La Chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 16 septembre 2011, de son intention d'ordonner une expertise multidisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique et oncologique, et leur a imparti un délai au 5 octobre 2011 pour lui communiquer le cas échéant les questions supplémentaires qu'elles souhaiteraient voir posées aux experts. Le 26 septembre 2011, l'intimé, se fondant sur l'avis SMR du 22 septembre 2011, a indiqué que les questions figurant dans la mission d'expertise étaient complètes. Il a par ailleurs suggéré de confier l'expertise au BREM, au CEM ou à la CRR. La recourante ne s'est pas manifestée dans le délai à elle imparti. Le 3 février 2012, la Cour de céans a invité les parties à se déterminer sur le choix des experts, à savoir les Docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et la Docteure L\_\_\_\_\_ GERTSCH, spécialiste FMH en oncologie. L'intimé a indiqué le 10 février 2012 ne pas avoir de motifs de récusation à invoquer, tout en regrettant que les experts ne soient pas installés de manière à permettre la réalisation d'une véritable expertise multidisciplinaire. La recourante n'a pas réagi. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, et plus particulièrement sur sa capacité de travail et de gain. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA). 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 275 consid. 4a).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement

du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 ). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine et les références citées). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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 352 consid. 3b/aa et les références). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations AI, considérant, sur la base du rapport établi le 3 juin 2008 par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ du SMR, qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle, laquelle respectait ses limitations fonctionnelles. Ce taux de 50% ne suffit en effet pas pour ouvrir le droit à une rente, compte tenu du statut mixte de l'assurée, réparti à raison de 80% pour la part professionnelle et de 20% pour les travaux habituels et du degré d'incapacité à accomplir les tâches ménagères évalué à 28,5%. Force est toutefois de constater que les conclusions des médecins du SMR divergent avec celles du Dr B\_\_\_\_\_ et de la Dresse M\_\_\_\_\_, tant sur les diagnostics posés que sur l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. Le Dr B\_\_\_\_\_ a clairement expliqué

que l'assurée subit les effets secondaires du traitement de Femara. Elle souffre ainsi de douleurs, d'une diminution de la motricité et de la sensibilité et de poussées inflammatoires. Elle présente également, en raison de ce traitement, des problèmes de mémorisation et de concentration, ainsi qu'un état de fatigue important. Il précise au surplus que la polyarthrite ne peut être traitée tant que le patient est sous traitement de Femara. Il considère dès lors que l'assurée est incapable de travailler à 100%, même dans une activité de bureau. Il souligne toutefois que dans dix-huit mois environ, le traitement de Femara pourra en principe être arrêté, ce qui impliquera la diminution des polyarthralgies après six à douze mois. Il réfute le diagnostic de fibromyalgie posé par les médecins du SMR. Ce diagnostic n'a pour lui aucun sens, partant de l'idée que la chimiothérapie a préparé le terrain et que le traitement antihormonal a aggravé l'atteinte. L'OAI reproche quant à lui au Dr B\_\_\_\_\_ de n'avoir essentiellement relevé que des symptômes subjectifs de l'assurée qui ne se traduisent pas par des limitations fonctionnelles objectives selon l'examen clinique SMR bi-disciplinaire du 3 juin 2008. Les médecins du SMR ont retenu des "polyarthralgies d'origine indéterminée (polyarthralgies secondaires à un traitement hormonal de Femara, et fibromyalgie secondaire à une pathologie tumorale)". On peine à comprendre ce diagnostic. En effet, soit la polyarthralgie est due au traitement de Femara, soit elle ne l'est pas. On ne voit pas bien comment elle ne pourrait l'être que partiellement et si tel était effectivement le cas, comment il serait possible d'en fixer la proportion. De plus, si la polyarthralgie est due au traitement de Femara, ainsi que le soutient le Dr B\_\_\_\_\_, et ainsi que le reconnaissent les médecins du SMR, du moins en partie, on ne voit pas non plus pour quelle raison ceux-ci ajoutent le diagnostic de fibromyalgie, fibromyalgie qui serait elle-même "secondaire à une pathologie tumorale". Il y a ainsi lieu de relever, au vu de ce qui précède, que si les médecins du SMR fixent la capacité résiduelle de travail à 50%, c'est parce qu'ils admettent qu'une partie des polyarthralgies est secondaire au traitement de Femara et entraîne une incapacité de travail de 50%, mais retiennent que "l'autre partie" des polyarthralgies, est due à la fibromyalgie, laquelle n'est à leurs yeux pas invalidante. Or, ils n'expliquent pas pour quel motif ils considèrent que les polyarthralgies auraient deux origines distinctes et on ne voit pas sur quel critère ils se sont fondés pour fixer une incapacité de travail due aux polyarthralgies secondaires au traitement de Femara à 50%. Le Dr B\_\_\_\_\_ estime quant à lui que sa patiente ne peut exercer aucune activité lucrative. On ne sait cependant pas pour quelles raisons elle ne le pourrait pas non plus dans une activité adaptée. Enfin, la Dresse I\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité sévère présent depuis "un certain temps" avant mai 2001, date de sa première consultation. Or, la Dresse H\_\_\_\_\_ s'étonne à cet égard de ce qu'un état dépressif qualifié de réactionnel puisse s'être installé depuis 7-8 ans et qu'un épisode dépressif décrit en juin 2008 comme mineur puisse fonder un diagnostic de trouble dépressif récurrent. En conséquence, et vu ces avis médicaux, contradictoires et incomplets, la Cour de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé et qu'il se justifie d'ordonner une expertise multidisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et oncologique), laquelle sera confiée aux Docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et à la Doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oncologie. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise multidisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique et oncologique), les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame P\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la

présente procédure ; ils solliciteront l'avis de tiers au besoin ; Invite les experts à comparer leurs constatations, à se livrer à une appréciation consensuelle du cas, puis à répondre de manière commune en motivant leurs réponses aux questions suivantes : Quelle est l'anamnèse ? Quelles sont les données subjectives de la personne ? Quelles sont les constatations objectives ? Quels sont les diagnostic(s) ? a) Au cas où le diagnostic de polyarthralgies est retenu : - les polyarthralgies peuvent-elles être dues au traitement de Femara exclusivement, ou à ce traitement d'une part, et à une fibromyalgie secondaire à une pathologie tumorale, d'autre part ? - au cas où les polyarthralgies auraient cette double origine, peut-on établir quelle est la proportion due à chacune d'entre elles, en expliquant pourquoi ? Quelles sont pour chacune d'entre elles ses conséquences sur la capacité de travail, en pourcent ? b) Au cas où le diagnostic de trouble dépressif récurrent est retenu : - pour quelle raison ce diagnostic est-il retenu, alors que l'épisode dépressif décrit en juin 2008 a été qualifié de mineur ? - depuis quelle date est-il retenu ? - quel est son degré de gravité ? - entraîne-t-il une incapacité de travail ? - quel est le pronostic ? c) Au cas où le diagnostic de fibromyalgie est retenu : - quelles en sont les raisons ? - le cas échéant, pour quelle(s) raison(s) ce diagnostic n'a-t-il pas été retenu ? d) Y a-t-il d'autres diagnostics ? Quelle est la date de la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant ? Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'assurée ? Dans quelle mesure une activité lucrative tenant compte de ces limitations fonctionnelles est-elle raisonnablement exigible de l'assurée, et dans ce cas dans quel domaine et avec quel rendement ? Le traitement de Femara pourrait-il et devrait-il être interrompu dans dix-huit mois ? L'interruption impliquerait-elle la diminution des polyarthralgies ? Si oui, après combien de temps ? Quel est le pronostic ? Toute remarque utile et proposition de l'expert. Commet à ces fins les Docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et la Doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oncologie. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond ; La greffière Nathalie LOCHER La Présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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