

GE_GERICHTE A/3960/2016 vom 19. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3960_2016

FR: GE_GERICHTE A/3960/2016 du 19 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/3960/2016 del 19 gennaio 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.01.2018
A/3960/2016

A/3960/2016 ATAS/36/2018 du 19.01.2018 (AI) En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3960/2016 ATAS/36/2018 COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 19 janvier 2018 1 ère Chambre
En la cause Madame A_____, domiciliée à VEYRIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1982, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce. Elle a travaillé comme cheffe de produit chez B_____ jusqu'en 2012, avant de percevoir des indemnités de chômage. [endif]>![if> 2. Dès mars 2014, l'assurée a été en incapacité de travail totale. [endif]>![if> 3. Le 30 juin 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant une tumeur. [endif]>![if> 4. Le 17 juillet 2014, le professeur C_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a signalé au médecin traitant de l'assurée que cette dernière avait subi une résection de toute la partie distale du fémur et du genou, et qu'une prothèse totale du genou avait été mise en place. A six semaines de l'intervention, l'évolution locale était bonne et la mobilité du genou récupérait progressivement. [endif]>![if> 5. Dans un courrier du 22 juillet 2014 à l'OAI, le Pr C_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un ostéosarcome du fémur droit. Elle avait dû subir une intervention lourde le 10 juin 2014. Une chimiothérapie, voire une radiothérapie, seraient nécessaires. L'incapacité de travail était pour l'heure totale. L'assurée aurait probablement besoin d'une aide à domicile. [endif]>![if> 6. Le docteur D_____, médecin au Service d'oncologie des HUG, a indiqué dans son rapport du 28 août 2014 qu'une polychimiothérapie devait être entamée, laquelle serait complétée par une radiothérapie locale en fonction des résultats. L'assurée avait bien compris la nécessité d'entreprendre des traitements agressifs et les effets secondaires attendus. Le premier cycle de traitement s'était compliqué de nausées, de vomissements, ainsi que d'un état fébrile et d'une thrombose du membre supérieur gauche. [endif]>![if> 7. Le 5 décembre 2014, le Pr C_____ a indiqué à l'OAI que la chimiothérapie, mal tolérée, avait dû être interrompue, et qu'un traitement de 32 séances de radiothérapie était en cours. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée. [endif]>![if> 8. Dans son courrier du 10 mars 2015 à l'OAI, le Pr C_____ a indiqué que l'assurée l'avait consulté en mars 2014 en raison de douleurs dans le fémur droit. La radiographie montrait une suspicion de tumeur osseuse du fémur distal, et une biopsie avait révélé un ostéosarcome de haut grade. Dans ces conditions, une radiothérapie et une chimiothérapie avaient été entreprises avant la

résection chirurgicale de la zone tumorale et la mise en place d'une prothèse totale de genou massive. Depuis cette intervention, l'assurée poursuivait la chimiothérapie. Elle était actuellement totalement incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle, son traitement n'étant pas terminé. 9. Le 14 avril 2015, le Dr D_____ a fait état d'importantes limitations fonctionnelles secondaires aux traitements de chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux d'ostéosarcome de haut grade de malignité du tiers distal du fémur droit, de status après prothèse totale de genou le 10 juin 2014, et de status après chimiothérapie et radiothérapie de juillet 2014 à avril 2015. Le pronostic était réservé. Au sujet de la capacité de travail, le Dr D_____ a noté qu'il n'y avait pas d'activité professionnelle à sa connaissance. L'assurée était très limitée dans les déplacements. Elle marchait avec des cannes. Sa fatigue était très importante à la suite des multiples cycles de chimiothérapie. 10. Dans un courrier reçu le 16 octobre 2015, l'assurée, par son époux, a exhorté l'OAI à prendre sa demande en considération. Elle a indiqué que sa situation financière se dégradait, ce qui était source d'angoisses et de préoccupations. 11. Le Dr D_____ a exposé dans son rapport du 10 novembre 2015 que le dernier traitement de chimiothérapie de l'assurée remontait à mars 2015. L'assurée avait depuis récupéré des toxicités hématologiques, digestives et rénales liées au traitement cytostatique. Le dernier bilan radiologique pratiqué en août 2015 permettait de conclure à une poursuite de la rémission complète. Depuis l'intervention et le traitement de radiothérapie post-opératoire, l'assurée présentait des limitations importantes dans ses activités quotidiennes, notamment pour se déplacer et se maintenir en position debout. Elle poursuivait assidument un traitement de physiothérapie et était également suivie par le Service d'orthopédie des HUG dans ce contexte. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité de cheffe de produit auprès de B_____, le Dr D_____ a retenu qu'une reprise de l'activité professionnelle dans laquelle les déplacements étaient importants n'était pour l'heure pas envisageable. Hormis une asthénie, les limitations étaient essentiellement liées aux séquelles de l'intervention chirurgicale. Par conséquent, un avis orthopédique était nécessaire. Sur le plan oncologique, l'assurée avait besoin d'une surveillance radiologique régulière et elle présentait également un risque de rechute locale ou de métastase, difficile à chiffrer et potentiellement augmenté par le fait que le plan de traitement de chimiothérapie n'avait pas pu être respecté en raison des importantes toxicités observées. Le Dr D_____ a joint un rapport de scanner thoraco-abdominal du 3 août 2015, révélant l'absence de lésions suspectes ou évolutives décelables, ainsi qu'une IRM de la cuisse concluant à l'absence de lésion suspecte. 12. A la demande de l'OAI, le Pr C_____ a indiqué par courrier du 6 janvier 2016 que l'évolution de l'assurée était stable. Les limitations fonctionnelles actuelles consistaient en une faiblesse du genou droit. Le Dr C_____ n'a pas répondu aux questions sur la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. 13. Le 14 janvier 2016, le Dr C_____ a rappelé à l'OAI que l'assurée était suivie pour un ostéosarcome du fémur distal droit. Elle avait bénéficié d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie, puis de l'implantation d'une prothèse articulaire et fémorale. Elle suivait actuellement un traitement de physiothérapie ambulatoire. La fonction du membre inférieur droit était correcte, mais ce membre restait fragile. Le périmètre de marche était limité à environ 150 mètres au maximum. La capacité de travail restait nulle. Lorsque son état serait stabilisé, sa capacité de travail devrait être évaluée avec le concours de l'OAI. 14. Le 11 février 2016, le Pr C_____ s'est derechef adressé à l'OAI. Il a indiqué que le traitement de

chimiothérapie et de radiothérapie de l'assurée avait pris fin en avril 2015. Depuis lors, l'assurée suivait un traitement de physiothérapie à raison de quatre séances hebdomadaires. Elle était encore très fatiguée par les différents traitements qu'elle avait dû subir. Sa capacité de travail était actuellement nulle pour une durée indéterminée. La réévaluation de sa capacité de travail pourrait intervenir environ une année plus tard.!

15. Dans son rapport du 24 mars 2016, le Dr D_____ a noté que le bilan était rassurant plus d'un an après la fin du traitement de chimiothérapie adjuvante. L'assurée décrivait encore une gêne fonctionnelle importante avec des douleurs fluctuantes du membre inférieur droit et du bassin à gauche, très probablement secondaires au status post-opératoire et aux séquelles de radiothérapie. Sur le plan oncologique, une surveillance semestrielle avec un scanner était prévue. L'assurée poursuivait une physiothérapie active soutenue afin d'améliorer encore son autonomie, dont les besoins pour les mois à venir devaient être évalués par le Pr C_____. !

16. L'OAI a confié une expertise au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. ! Dans son rapport du 5 avril 2016, ce médecin a résumé le dossier de l'assurée et relaté ses plaintes, qui portaient sur la mobilité de la jambe, avec des douleurs de l'autre jambe, à l'os du péroné et sous le genou. Souvent, il apparaissait des douleurs à l'effort ou après la physiothérapie à la hanche gauche ou en bas du dos L'assurée ne pouvait pas rester debout sur la jambe opérée car elle ne tendait pas à 100 % et cela lui faisait mal. Lors du status, le Dr E_____ a constaté un flexum irréductible du genou droit et l'absence de flexion complémentaire du genou en phase de décharge, avec des difficultés au passage du pas. Cette absence de flexion disparaissait lors de la marche sur les talons. Elle correspondait donc à un maintien volontaire du genou en position d'extension avec flexum. De plus, la difficulté au passage du pas était due à l'augmentation du diamètre crural, qui nécessitait l'enroulement des cuisses l'une sur l'autre en raison de l'obésité de l'assurée. Il existait une hypoesthésie de la face antérieure du genou droit. L'examen des hanches donnait des résultats dans la limite de la norme. L'expert relevait une irritation de l'articulation sacro-iliaque gauche, correspondant aux douleurs du dos annoncées par l'assurée. En ce qui concernait les genoux, il existait un flexum irréductible de 22°. La prothèse était stable. Sous le chapitre Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé, le Dr E_____ a énuméré les atteintes suivantes : status post ostéosarcome de haut grade du tiers distal du fémur droit au sein d'un ostéosarcome intramédullaire de bas grade, diagnostic posé en juin 2014 à l'examen anatomopathologique ; status post tumorectomie et résection de l'articulation du genou droit le 10 juin 2014 ; status post implantation d'une prothèse totale de genou droit de type charnière le 10 juin 2014 ; status post chimiothérapie et radiothérapie terminées en avril 2015 ; poursuite de la rémission le 10 novembre 2015 ; au genou droit, flexum irréductible de 22° avec une course de flexion de 40° avec un bloc fibreux antérieur massif post radiothérapeutique, soit un type III de DEL PIZZO et amyotrophie en particulier du quadriceps fémoral droit, diagnostic posé le 5 avril 2016 ; et obésité de classe I. En raison de son atteinte à la santé, l'assurée subissait une diminution d'amplitude articulaire et une douleur chronique au genou droit, ayant pour conséquences une diminution du périmètre de marche ainsi qu'une limitation dans le port de charges et dans les activités nécessitant une amplitude de genou supérieure à 50° (s'agenouiller, s'accroupir, monter des marches). Ses capacités fonctionnelles étaient également diminuées par l'obésité et un déconditionnement musculaire global et focal du membre inférieur droit. Le diagnostic d'obésité n'était pas retenu en raison du cadre fixé à l'expertise. Ce facteur n'avait pas de conséquence sur l'évolution de la pathologie tumorale osseuse. Il existait une exagération des symptômes et

de la boiterie. Le Dr E_____ a relevé après une brève anamnèse que l'assurée poursuivait un traitement comprenant notamment quatre séances de physiothérapie par semaine, afin d'améliorer la flexion du genou droit et la musculation. Il a ensuite examiné dans quelle mesure l'assurée était en mesure de tenir son ménage, complétant un tableau à cet effet. Sous le chapitre Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose, le Dr E_____ a répété les atteintes déjà énumérées, en écartant l'obésité comme diagnostic invalidant, et a indiqué Nihil sous Pathologie hors celle de l'appareil locomoteur. Dans les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, il a cité le status post ostéosarcome ; le status post tumorectomie et résection de l'articulation du genou droit ; le status post implantation d'une prothèse totale de genou droit de type charnière ; le status post chimiothérapie et radiothérapie, terminées en avril 2015 et la poursuite de la rémission attestée par le Dr D_____. Il n'existait aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a précisé que la présence d'une prothèse totale de genou n'interférait pas avec le status carcinologique, mais que le bloc fibreux de la face antérieure du genou interférait avec le fonctionnement de la prothèse de genou. La coopération de l'assurée était incontestable. Elle avait subi un véritable parcours de malheurs, en raison de la pathologie carcinologique, des complications du traitement oncologique et des problèmes rencontrés au cours de la réadaptation. Le tableau clinique de l'assurée était fonction du diagnostic étiologique et du traitement oncologique, majoritairement, et de l'aspect orthopédique dans une moindre mesure. Les difficultés rencontrées étaient de type usuel. Il était raisonnable de poursuivre la réadaptation menée depuis l'implantation de la prothèse et de la compléter par une perte de poids. Il était également recommandé de tenter de prendre en charge le problème de l'habitation au 3^{ème} étage sans ascenseur. L'expert a affirmé qu'il n'existait pas d'incohérence mais une exagération des symptômes. Certes, la situation pratique de l'assurée était rendue difficile par la localisation de son appartement sans ascenseur et par son obésité. Néanmoins, l'aide de la famille, naturellement bienvenue pour les tâches lourdes, semblait désormais « féruler » quelque peu en l'empêchant, par exemple, de nettoyer la poussière dans son appartement. La dernière activité lucrative de gestionnaire logistique à raison de 42 heures hebdomadaires (travail de bureau) était exigible. Elle respectait les limitations fonctionnelles retenues, sous réserve d'un siège adéquat. Le dernier jour de travail effectif était le 31 décembre 2012, par choix. L'intervention remontait au 10 juin 2014 et le traitement oncologique s'était terminé en avril 2015. Une convalescence de huit mois s'imposait dès avril 2015. Il existait donc une incapacité de travail totale justifiée médicalement dans toute profession du 10 juin 2014 au 1^{er} janvier 2016, date de fin de convalescence. Le médecin oncologue retenait une incapacité de travail dans une profession marquée par les déplacements à pieds, justifiée par la prothèse de genou ainsi que par les limitations induites par le bloc fibreux du genou et le chirurgien orthopédiste une incapacité totale de travail dans toute profession. Il fallait tenir compte des limitations induites par la prothèse et la problématique locale. Néanmoins, le Dr E_____ ne déterminait pas les motifs limitant un travail en position assise, en particulier avec une chaise adaptée. Sous Limitations fonctionnelles, le Dr E_____ a précisé qu'elles étaient de classe 3. Sous Justifications, il a cité les atteintes déjà plusieurs fois énumérées. Dans la discussion, il a noté que la prothèse de type charnière offrait un secteur de mobilité moindre que les prothèses courantes. Il a répété que le bloc fibreux antérieur représentait un obstacle majeur à la marche et à la position érigée, d'autant que le quadriceps fémoral était amyotrophique, comme le montrait l'IRM. Il était donc nécessaire de mettre en place une chaise avec une

hémi-assise droite adaptée, prenant toute la face inférieure de la cuisse droite de façon à soulager l'appui du genou prothésé, couplée soit à une hauteur réglable du siège, soit un repose-pied de hauteur adaptée, à savoir respectant le flexum de 22°. Le choix du repose-pied, réglable en hauteur, semblait plus adapté car couplé à une assise réglable en hauteur, il permettait une adaptation plus simple à différentes tables. L'activité habituelle était ainsi réalisable, comme l'était toute activité sédentaire stricte. L'annexe concernant les limitations fonctionnelles consistait en un tableau à la teneur suivante. Classe 1 : Restrictions légères, éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kg ; travailler en position accroupie ; ramper, grimper ; effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de l'articulation en cause. Classe 2 : Restrictions modérées, en plus des restrictions de la classe 1, éviter les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 15 kg ; effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents, avec effort, de l'articulation en cause (comme pour l'actionnement d'un pédalier ou pour la marche prolongée) ; rester debout plusieurs heures ; pivoter sur le membre inférieur en cause ; monter fréquemment plusieurs escaliers ; marcher en terrain accidenté ou glissant ou pentu ; travailler dans une position instable (échafaudages, échelles, escaliers). Classe 3 : Restrictions sévères, en plus des restrictions des classes 1 et 2, éviter les activités qui impliquent de rester debout ou garder l'articulation en cause dans la même position plus de 30 à 60 minutes ; effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents, même sans effort, de l'articulation en cause.

17. Le 13 mai 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel une rente entière correspondant à un degré d'invalidité complet lui était octroyé du 1^{er} mars 2015 au 31 mars 2016. Il a retenu que selon le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité pour la période du 17 mars 2014 au 31 décembre 2015. Dès lors, à l'issue du délai de carence, soit au 1^{er} mars 2015, l'assurée avait droit à une rente entière. La capacité de travail dans l'ancienne activité ou dans une autre activité, était exigible à 100 % à partir du 1^{er} janvier 2016. Le droit à la rente entière était ainsi limité au 31 mars 2016, conformément aux dispositions réglementaires applicables. Dès le 1^{er} janvier 2016, le degré d'invalidité de l'assurée était nul et des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas.

18. Le Pr C_____ a établi des bons pour des séries de 9 séances de physiothérapie le 5 novembre 2015, 16 novembre 2015, 22 décembre 2015, 9 février 2016, 24 mars 2016 et 17 mai 2016.

19. Par courrier du 31 mai 2016, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle a affirmé que sa capacité de travail restait nulle pour une durée indéterminée. Elle était en outre incapable de tenir son ménage. Elle a fait part de sa grande tristesse après son rendez-vous chez le Dr E_____, qui l'avait profondément choquée. Il l'avait fait pleurer lors de la consultation. Il était très agressif, ne la laissant pas s'exprimer, comme si ce qu'elle lui expliquait n'avait pas d'importance.

A l'appui de ses propos, l'assurée a produit un bon pour une aide-ménagère d'avril à juin 2016, établi par le Dr D_____, ainsi qu'un certificat du 23 mai 2016 du Pr C_____. Ce spécialiste y rappelait que le traitement de la tumeur s'était compliqué de plusieurs problèmes. L'assurée poursuivait des traitements de physiothérapie à raison de plusieurs séances par semaine. Elle était encore très fatiguée et se disait incapable de marcher plus de 300 mètres et de s'occuper des tâches ménagères. Elle devait faire chaque jour une longue sieste, en raison d'une fatigue chronique. Son genou présentait une raideur secondaire aux interventions chirurgicales et au traitement de radiothérapie localement appliquée. Le Pr C_____

estimait que sa capacité de travail était pour l'heure nulle, et ce pour une durée indéterminée. 20. Dans son avis du 20 juin 2016, la doctoresse F_____, médecin au SMR, a souligné que selon l'expert, le tableau clinique était fonction en majorité du traitement oncologique, raison pour laquelle elle proposait d'interroger le Dr D_____ sur la capacité de travail, notamment en lien avec la fatigue chronique de l'assurée. 21. Interpellé par l'OAI, le Dr D_____ a précisé le 23 août 2016 que l'assurée souffrait principalement de séquelles fonctionnelles importantes entraînant une limitation de la mobilité, qui avaient certainement des répercussions sur sa capacité de travail. Un avis orthopédique était suggéré. L'assurée présentait également une fatigue à distance des traitements administrés, mais cette fatigue ne participait que de façon très modeste à sa limitation fonctionnelle et ne représentait pas en tant que telle une incapacité de travail. 22. Le 28 septembre 2016, le docteur G_____, médecin au SMR, s'est référé aux indications du Dr D_____ en retenant que les conclusions du Dr E_____ étaient maintenues. 23. Par décision du 19 octobre 2016, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. 24. Par écriture du 18 novembre 2016, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, et sur le fond à l'annulation de la décision en tant qu'elle limitait le droit à la rente au 31 mars 2016. La recourante a notamment produit un rapport du Pr C_____ du 6 octobre 2016, aux termes duquel la mobilité du genou était très limitée malgré une récupération de l'autonomie à la marche. Le suivi en physiothérapie se poursuivait plusieurs fois par semaine, mais serait remplacé par des exercices actifs. L'assurée restait très fatiguée. Le Pr C_____ considérait que la capacité de travail était nulle pour l'heure. 25. La recourante a complété son recours en date du 3 février 2017. Elle a conclu à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, en persistant dans ses conclusions initiales pour le surplus. Elle s'est référée au courrier du Pr C_____ du 2 décembre 2016, produit à l'appui de son écriture. Ce dernier considérait que les conclusions du Dr E_____ étaient en totale contradiction avec les siennes, et que cet expert n'avait pas tenu compte de la limitation importante de la mobilité et des séances de physiothérapie nécessaires. L'expert considérait que la capacité de travail était totale dans une activité sédentaire stricte, pour autant qu'une chaise spéciale soit confectionnée. Or, la décision querellée ne mentionnait pas ce besoin. L'ensemble des problèmes de santé de la recourante n'avait pas fait l'objet d'une étude fouillée, et au vu du désaccord entre le Pr C_____ et l'expert, une expertise devrait être réalisée par un chirurgien-orthopédiste compétent dans le domaine de l'oncologie. Il ressort de la pièce jointe que le Pr C_____ considérait que la limitation de la mobilité importante, l'état de fatigue et les séquelles éventuelles du lourd traitement de chimiothérapie auraient dû être pris en compte, de même que l'astreinte à un traitement de physiothérapie plusieurs fois par semaine. Ces éléments étaient incompatibles avec une capacité de travail pleine et entière. Il semblerait logique de faire appel à un expert indépendant. Un oncologue, ou à défaut un chirurgien orthopédiste compétent dans le domaine de l'oncologie, devrait être à même d'assumer cette mission. 26. Dans sa réponse du 28 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que le rapport du Dr E_____ répondait aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante. Les rapports du Pr C_____ des 6 octobre et 2 décembre 2016 avaient été soumis au SMR, qui avait retenu dans son avis du 24 février 2017 qu'ils ne modifiaient pas l'appréciation de la capacité de travail fondée sur l'expertise du Dr E_____. La situation médicale de la recourante avait été parfaitement élucidée, de sorte que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne paraissait pas justifiée. Pour le

surplus, la recourante pouvait présenter une demande de moyens auxiliaires pour aménager son poste de travail. [endif]>[if> Dans son avis joint, la doctoresse H_____, médecin au SMR, a souligné que le Pr C_____ n'apportait pas d'éléments cliniques objectifs susceptibles de revenir sur l'évaluation de la capacité de travail, entière dès janvier 2016 dans un poste sédentaire, avec peut-être adaptation du siège. 27. Par réplique du 23 mai 2017, la recourante a sollicité l'audition du Pr C_____ et a persisté dans ses conclusions. Elle a allégué que sa rente avait été supprimée avec effet rétroactif au 31 mars 2016. La décision querellée ne l'avait pas informée de la nécessité d'utiliser un siège adapté pour travailler. La suppression de la rente n'était dès lors pas justifiée pour ce motif déjà. Elle a relevé qu'elle ne s'estimait pas définitivement incapable de reprendre une activité professionnelle. Elle a précisé qu'elle subirait une arthrolyse en juillet 2017, qui serait suivie d'une longue période de rééducation. [endif]>[if> Elle a produit les bons pour une aide-ménagère établis par le Dr D_____ pour la période de janvier à juin 2017, une convocation d'une clinique ainsi qu'un rapport de physiothérapie établi le 21 mars 2017 par Madame I_____. Dans ce rapport, la physiothérapeute indiquait que la mobilisation active plus soutenue n'avait pas amélioré la mobilité du genou. Depuis le mois de décembre, cette articulation était constamment un peu plus douloureuse et légèrement enflée, avec une boiterie lors de la marche. La mobilisation de la rotule était difficile latéralement et presque impossible de haut en bas. La recourante ne souffrait pas de son genou si elle restait tranquille. 28. Par duplique du 13 juin 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a rappelé que les faits postérieurs à la décision devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. [endif]>[if> 29. Le 12 décembre 2017, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise bidisciplinaire aux docteurs J_____, spécialiste FMH en oncologie, et K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Elle leur a transmis la liste des questions qu'elle entendait poser à ces médecins, en leur impartissant un délai pour se déterminer sur ce point. [endif]>[if> 30. Le 19 décembre 2017, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle n'avait aucun motif de récusation à l'encontre des experts, ni de question supplémentaire à leur poser. [endif]>[if> 31. Le 2 janvier 2018, l'intimé a indiqué qu'il n'avait reçu que les questions d'expertise et non la motivation de l'ordonnance. Par conséquent, il s'opposait à une telle mesure, qui ne se justifiait nullement. Cependant, il n'avait aucun motif de récusation à soulever et n'avait pas de questions supplémentaires. [endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. [endif]>[if> 3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). [endif]>[if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de gain à partir du 1 er janvier 2016. [endif]>[if> 5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 LPG), 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

6. On notera que dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a retenu que la fatigue liée à un cancer (Cancer-related Fatigue , CrF) est un syndrome pluridimensionnel dont souffre la majorité des patients atteints d'un cancer durant le traitement. La CrF peut persister 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 d'une pluralité de causes. La CrF peut être provoquée par la tumeur ou être une conséquence de son 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. Des causes métaboliques, des modifications endocrinologiques et neurophysiologiques, ainsi que la cytokine ont été mises en évidence. Les chimiothérapies et radiothérapies semblent jouer un rôle, la toxicité du traitement et l'accumulation de résidus de cellules tumorales détruites revêtant dans ce contexte une signification étiologique. Une autre thèse est discutée, selon laquelle l'énergie accrue nécessaire en raison de la tumeur, des symptômes d'accompagnement ou de la diminution de la masse musculaire du squelette provoquée par un facteur de nécrose de la tumeur, peut avoir une influence. Différents facteurs pathophysiologiques sont envisagés, et les causes décrites pour l'importante diminution de la résistance corporelle fréquemment rencontrée sont notamment des modifications dans les centres corticaux et spinaux de la sensomotricité et du métabolisme énergétique. Dès lors que la CrF est un symptôme accompagnant les maladies oncologiques et leur traitement, elle a à tout le moins indirectement une cause organique, de sorte qu'il ne se justifie pas d'appliquer les principes relatifs aux troubles somatoformes douloureux pour trancher la question des effets invalidants d'une telle atteinte (ATF 139 V 346 consid. 3.2 et les références et 3.4).>[if> 7. Il convient en l'espèce d'examiner l'expertise réalisée par le Dr E_____ à la lumière des exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux. >[if> En ce qui concerne sa structure, la chambre de céans relève qu'il est parfois malaisé de distinguer entre les éléments qui ressortent du dossier médical, des déclarations de la recourante ou du status clinique. De plus, l'expertise contient de nombreuses redites et certains passages sont difficilement compréhensibles, notamment lorsque le Dr E_____ commente la répartition des tâches ménagères au sein de la famille de la recourante. On distingue au demeurant mal la pertinence d'un tel commentaire dans cette expertise, s'agissant d'une personne au statut d'active. Il ne s'agit certes pas là de carences si importantes qu'elles justifieraient à elles seules la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Cependant, force est de constater, sur le fond, que le rapport du Dr E_____ comporte des lacunes et des contradictions importantes. L'expert évoque en effet notamment des complications du traitement oncologique et des problèmes au cours de la réadaptation et des difficultés « usuelles », sans même détailler ces points, alors qu'il eût été indispensable de les décrire précisément s'agissant d'analyser leurs répercussions sur la capacité de travail et de gain de la recourante. On notera en outre que le Dr E_____ admet que le tableau clinique est essentiellement fonction des troubles cancéreux. On s'étonne ainsi qu'il indique plus loin qu'il n'y aurait aucune autre pathologie que celle de l'appareil locomoteur. Cette dernière assertion prête en outre d'autant plus à caution qu'il s'exprime là sur un point qui sort manifestement de son domaine de compétence. Par ailleurs, l'expert fait état à plusieurs reprises d'une exagération dans les symptômes, notamment dans la boiterie. Or, il ne décrit pas en quoi consiste cette exagération. De plus, il admet que le bloc fibreux antérieur et l'amyotrophie du quadriceps fémoral constituent un obstacle majeur à la marche et à la position debout, et il reconnaît l'existence d'un flexum irréductible. Cela apparaît pour le moins contradictoire. Par ailleurs, l'expert a conclu que l'activité habituelle était compatible avec les limitations fonctionnelles retenues, sans toutefois mentionner le cahier des charges dans cette activité. Or, au vu de la sévérité des limitations fonctionnelles, que l'expert a qualifiées de classe 3, et qui rendent notamment impossible le maintien de la même position plus de 30 à 60 minutes, force est de s'interroger sur la possibilité d'exercer une activité, même sédentaire, sans aucune diminution de rendement. Il est en outre incompréhensible que l'expert pose des diagnostics avec répercussions sur la capacité de

travail tout en considérant que la recourante est en mesure de reprendre son activité usuelle à plein temps sans diminution de rendement. Enfin, au sujet de la capacité de travail, alors même que l'expert admet l'indispensabilité de la rééducation, laquelle se poursuit à un rythme soutenu, il ne tient absolument pas compte de la nécessité de consacrer plusieurs demi-journées par semaine à la physiothérapie, ce qui a immanquablement une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Pour tous ces motifs, les conclusions du Dr E_____ n'emportent pas la conviction. On ajoutera que même si l'expertise du Dr E_____ constituait une base fiable pour établir la capacité de travail de la recourante au plan orthopédique, l'aspect oncologique n'a guère été investigué par l'intimé. Or, comme on l'a vu, l'expert lui-même admet que ce volet prédomine, à l'instar de la Dresse F_____ dans son avis du 20 juin 2016. Sur ce plan, les explications du Dr D_____ ne suffisent pas à trancher le litige. En premier lieu, du point de vue formel, les rapports de l'oncologue traitant ne contiennent pas tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. De plus, ce médecin a indiqué dans son rapport du 23 août 2016 que la fatigue ne représentait pas en tant que telle une incapacité de travail. Il paraît cependant contradictoire d'admettre une fatigue tout en excluant sans autre explication que la capacité de travail en soit affectée, d'autant moins qu'il était fait état en avril 2015 d'importantes limitations fonctionnelles aux traitements de chimiothérapie et radiothérapie, lesquels étaient pourtant achevés à cette date. De plus, si l'on se fie à ce même rapport d'avril 2015, il semble que le Dr D_____ pensait que la recourante n'exerçait pas d'activité professionnelle, ce qui pourrait expliquer qu'il n'ait pas retenu d'incapacité de travail ou de gain. Il a en outre délivré des bons afin que la recourante puisse bénéficier d'aide dans son ménage, ce qui paraît démontrer qu'elle subit encore certaines limitations liées au cancer, malgré sa rémission. Il convient également de relever que le Pr C_____ a à plusieurs reprises observé une importante fatigue chez la recourante, ce qui est également de nature à mettre en doute l'appréciation du Dr D_____ sur l'absence de répercussion sur la capacité de travail de cette fatigue. Au vu de ces éléments, de l'importante toxicité et des effets secondaires du traitement oncologique rapportés par les médecins, il est impossible en l'état d'écarter que des séquelles invalidantes du cancer subsistent, par exemple sous forme de CrF. 8.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des informations nécessaires pour déterminer la capacité de travail et de gain de la recourante et son évolution. [endif]>[if> Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, elle devra comporter un volet oncologique et un volet orthopédique, et sera confiée aux Drs J_____ et K_____, à l'encontre desquels les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise oncologique et orthopédique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier médical complet de celle-ci, du dossier constitué par l'intimé ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;[endif]>[if> 2. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :[endif]>[if> 1. Anamnèse.[endif]>[if> 2. Plaintes.[endif]>[if> 3. Constatations objectives.[endif]>[if> 4. Diagnostic(s).[endif]>[if> 5. S'agissant des troubles oncologiques, répondre aux questions suivantes:[endif]>[if> a) Les plaintes de Madame A_____ sont-elles objectivées? b) L'asthénie et la fatigue dont se plaint Madame A_____ relèvent-elles d'une Cancer-related fatigue ? 6. Mentionner les

limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic.![endif]>![if> 7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de Madame A_____, en pourcent, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.![endif]>![if> 8. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de Madame A_____, en pourcent, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, en tenant également compte du temps nécessaire aux traitements indiqués, notamment la physiothérapie.![endif]>![if> 9. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, et indiquer l'évolution de ce taux, en pourcent, jusqu'au jour de l'expertise.![endif]>![if> 10. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et le cas échéant l'évolution de cette exigibilité dans le temps, et indiquer le domaine d'activité adapté. ![endif]>![if> 11. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.![endif]>![if> 12. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.![endif]>![if> 13. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.![endif]>![if> 14. Si les experts s'écartent des conclusions des Drs D_____ et E_____, dire pourquoi.![endif]>![if> 15. Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 16. Toute remarque utile et proposition des experts.![endif]>![if> 3. Commet à ces fins les Drs J_____ et K_____ ;![endif]>![if> 4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.![endif]>![if> 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;![endif]>![if> 6. Réserve le fond ;![endif]>![if> 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.