

## **GE\_GERICHTE ATAS/1278/2014 vom 15. Dezember 2014**

GE Cour de justice, 2014-12-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1278\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1278_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1278/2014 du 15 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1278/2014 del 15 dicembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 23**

avril 2013. 53. Le 15 octobre 2013, l'assurée a observé que l'expertise confirmait sa position, de sorte qu'elle persistait dans ses conclusions. 54. Le 21 octobre 2014, la Dresse H\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel l'experte n'avait pas décrit l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le diagnostic de cancer en 2009, ni recueilli les plaintes, ni investigué la tolérance aux traitements, ni encore effectué de constatations objectives.

L'incapacité de travail entre septembre 2010 et mai 2011 n'était pas remise en question, soit : • 100% du 11.03.09 au 31.08.10 • 20% du 01.09.10 au 14.09.10 (et non 0% comme semble le penser l'experte) • 50% du 15.09.10 au 30.09.10 • 100% du 01.10.10 au 31.10.10 • 75% du 01.11.10 au 31.01.11 • 50% du 01.02.11 au 30.04.11 • 20% dès le 01.05.11 Si l'on suivait l'avis de l'experte, l'assurée aurait dû reprendre après la fin de son traitement, en février 2010, son activité progressivement, pour atteindre une capacité de travail de 70-80% en mars 2011. L'experte énonçait uniquement des limitations fonctionnelles subjectives observées dans la population générale, alors que le Dr J\_\_\_\_\_ avait décrit les activités quotidiennes de l'assurée et démontrait qu'elle n'était pas en 2011 particulièrement limitée par sa fatigue; l'experte ne disait pas en quoi les complications subies par l'assurée auraient affecté la capacité de travail après 2010, ni en quoi la mutation génétique ou les enfants à charge auraient un impact pertinent; l'expérience clinique de l'experte était insuffisante pour pouvoir statuer dans le cas de l'assurée. L'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ restait probante. Enfin, l'experte n'était pas indépendante car elle travaillait dans le département d'oncologie précédemment dirigé par le Prof. E\_\_\_\_\_. 55. Le 10 novembre 2014, l'OAI a maintenu sa position en se référant à l'avis du SMR du 21 octobre 2014. 56. Le 25 novembre 2011, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

A/1329/2013 - 13/22 -

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS 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. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à

leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 21 mai 2010 et une décision de l'intimé du 14 mars 2013 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ne sont applicables au cas d'espèce, eu égard au principe précité, que pour les faits survenus postérieurement à son entrée en vigueur. 3. 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. 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

A/1329/2013 - 14/22 - 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 1<sup>er</sup> janvier 2008). 5. a) 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.

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF non publié 9C 583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI

continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

A/1329/2013 - 15/22 - d) Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 6. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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; ATF A non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

b) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

A/1329/2013 - 16/22 - 7. 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 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 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).

d) 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

A/1329/2013 - 17/22 - sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e) 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 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).

f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

g) 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. cc).

h) 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 8. a) Le juge des assurances sociales 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

A/1329/2013 - 18/22 - 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b). 9. a) 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. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité

A/1329/2013 - 19/22 - (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). 10. Les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352) ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une cancer-related fatigue. Celle-ci est une affection somatique liée aux effets secondaires du cancer (ATF 139 V 346). 11. En l'espèce, la décision litigieuse a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1er mars 2010 au 31 janvier 2011 et une demi-rente d'invalidité du 1er février au 31 juillet 2011.

La recourante admet avoir recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1er février 2011, mais estime que celle-ci s'est maintenue jusqu'au 31 août 2012, puisqu'elle a travaillé à 100% du 27 août au 30 septembre 2012, à 0% du 1er au 9 octobre 2012 et à 80% depuis le

10 octobre 2012, pour finir par prendre un PLEND partiel dès septembre 2013, en travaillant à 63%.

Est ainsi litigieuse la capacité de travail de 80% fixée par l'intimée depuis le 1er mai 2011.

La chambre de céans constate que l'expertise de la Dresse M\_\_\_\_\_ remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'experte s'est fondée sur toutes les pièces médicales et s'est entretenue avec la recourante pendant deux heures le 30 avril 2014.

Elle a relaté en détail l'histoire médicale de la recourante et s'est fondée sur son expérience et sa connaissance des effets secondaires du cancer du sein et de ses traitements pour considérer que le cas de la recourante, jugé lourd en raison du type

A/1329/2013 - 20/22 - de cancer impliqué, des traitements effectués, des effets secondaires subis et de l'activité habituelle exigeante, justifiait qu'il lui soit reconnu une capacité de travail de 50% au plus depuis le 1er mai 2011 jusqu'au 14 mars 2013.

Elle a relevé qu'en général, après le traitement pour un cancer unilatéral, une période de douze mois de réadaptation était considérée comme normale avant que l'intéressée ne reprenne le travail à un taux habituel; à cet égard et contrairement à l'avis du SMR du 21 octobre 2014, l'experte n'a pas considéré que la recourante aurait dû reprendre son activité en 2010, mais que la reprise du travail à 100% en septembre 2010 était prématurée et qu'elle aurait, au mieux, dû être ordonnée à 20%, que par ailleurs, une période d'au moins un an était généralement admise comme encore incapacitante avant qu'une reprise à un taux partiel ne puisse être ordonnée; dans le cas d'espèce, les circonstances particulières, soit les complications subies et les séquelles des traitements (la neuropathie, le lymphœdème, la ménopause subite et les troubles cognitifs) avaient comme conséquence que cette période de douze mois devait être prolongée; elle a indiqué que la recourante avait présenté les limitations fonctionnelles suivantes : de la fatigue, des troubles cognitifs, tous deux dus à la chimiothérapie, à la castration et au traitement hormonal, un lymphœdème du bras droit qui nécessitait encore un drainage lymphatique régulier, des troubles de type ménopause (troubles du sommeil, bouffées de chaleur, état dépressif, neuropathie périphérique) et des troubles psychologiques dus à la prise de connaissance du diagnostic avec risque non indifférent de rechute.

L'experte a expliqué que le Dr J\_\_\_\_\_ avait sous-estimé les limitations de la recourante et que, vraisemblablement, celle-ci ne pourrait plus reprendre son activité à 100%, comme cela était souvent le cas pour les patientes victimes d'un cancer du sein.

Le fait que l'expertise ne contienne pas un résumé de la vie quotidienne de la recourante et des plaintes de celle-ci n'est pas déterminant. En effet, l'experte a pris en compte les effets secondaires des traitements en répondant à la question 4 de la mission d'expertise; elle a, à cette occasion, retenu que la recourante avait subi de la fatigue, des troubles cognitifs, des soins particuliers au bras droit, des troubles du sommeil, des bouffées de chaleur, un état dépressif, une neuropathie périphérique et des troubles psychologiques; or, cette description recoupe les plaintes de la recourante.

Au surplus, il était demandé à l'experte d'évaluer une situation ancienne, soit la capacité de travail de la recourante du 1er mai 2011 au 4 mars 2013, de sorte que les constatations objectives qu'elle aurait pu mentionner au 30 avril 2014 ne sont pas déterminantes.

A/1329/2013 - 21/22 -

S'agissant de la remarque du SMR concernant la richesse et la multiplicité des activités précédemment déployées par la recourante en dehors de son activité habituelle, force est de constater que la recourante a expliqué, lors de l'audience de comparution personnelle du 17 juin 2013, que lorsqu'elle avait augmenté son taux de travail à 80%, elle avait dû arrêter toutes les activités annexes pratiquées pour pouvoir se reposer et que dès qu'elle allait au-delà de ses limites, elle souffrait d'épuisement. Ces faits ne sont pas contestés par l'intimé.

Enfin, le SMR remet à nouveau en question l'indépendance de l'experte; or, ce point a été traité dans l'ordonnance d'expertise du 5 novembre 2013 contre laquelle l'intimé n'a pas recouru.

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise doivent être suivies, soit une capacité de travail de la recourante limitée à 50% depuis le 1er mai 2011, en tous les cas jusqu'à mars 2013.

Toutefois, dans la mesure où la recourante a, dans les faits, repris le travail à 80% de façon stable depuis le 10 octobre 2012, puis à 63% depuis le 1er septembre 2013, et ne réclame aucune prestation de l'intimé pour cette période, il convient de retenir une incapacité de travail durable de 50% du 1er février 2011 au 9 octobre 2012. 12. En conséquence, la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2009 (avec une capacité très partielle en septembre 2010, novembre, décembre 2010 et janvier 2011) et à 50% depuis le 1er février 2011 jusqu'au 9 octobre 2012, puis à 20% dès le 10 octobre 2012. Elle a donc droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 avril 2011 et à une demi-rente d'invalidité du 1er mai 2011 au 31 janvier 2013 (art. 88a RAI)

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'500.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1329/2013 - 22/22 -

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