

GE_GERICHTE ATAS/595/2015 vom 18. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_595_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/595/2015 du 18 août 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/595/2015 del 18 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

A/3702/2014 - 14/24 - 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.

E. 2

a. À 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 343 consid. 3). b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). c. En l'espèce, la décision litigieuse du 18 novembre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives aux révisions précitées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 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.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période antérieure au 1er décembre 2011, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail avant cette date.

E. 5

a. 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

A/3702/2014 - 15/24 - diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid.

4.2).

E. 7

a. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

A/3702/2014 - 16/24 - b. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, également en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance 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. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

E. 8

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. À 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. Un rapport du SMR au sens de l'art. 49 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au

dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de

A/3702/2014 - 17/24 - procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 9

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 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).

E. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

A/3702/2014 - 18/24 - investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert, ou encore lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 11

En l'espèce, la recourante conteste la décision de l'intimé du 18 novembre 2014, dans la mesure où elle ne lui reconnaît le droit à une rente entière d'invalidité qu'à compter du 1er décembre 2011. En effet, elle soutient présenter une atteinte totalement incapacitante, tant au niveau physique que psychique, depuis la découverte de sa tumeur en octobre 2007. Ayant déposé sa demande de prestations d'invalidité le 30 janvier 2009, elle estime ainsi avoir droit à une rente à compter du 1er août 2009, déjà, sur la base de l'art. 29 LAI, dans sa teneur lors de la 5ème révision de la loi. Dans sa décision litigieuse, l'intimé maintient sa position de refus de rente en raison d'un degré d'invalidité nul, renvoyant à la motivation de sa décision du 31 mai 2012. Dans cette précédente décision, l'intimé avait en particulier considéré que la capacité de travail de la recourante était totale dans une activité adaptée à compter du 1er octobre 2008, jusqu'à la récurrence de sa tumeur au mois d'août 2009, puis dès le mois de décembre 2009, considérant une rémission intervenue, jusqu'au 30 novembre 2011, une incapacité de travail totale dans toute activité ayant ensuite été reconnue dès le 1er décembre 2011. Sur le plan somatique, l'intimé se basait sur les avis du SMR des 16 décembre 2010 et 16 août 2011, lesquels se fondaient sur l'expertise du Dr R_____ du 19 octobre 2010 et le rapport du Dr G_____ du 2 octobre 2008. Sur le plan psychiatrique, l'intimé n'avait pas retenu d'atteinte. Il n'est, en revanche, pas contesté par l'intimé que la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de serveuse depuis le 18 octobre 2007 et présentait une telle incapacité dans une activité adaptée à compter de cette date également, jusqu'au mois d'octobre 2008, puis du mois d'août 2009 au mois de novembre 2009 suite à la récurrence de sa tumeur.

A/3702/2014 - 19/24 - Il convient ainsi de remarquer, à titre liminaire, que la période litigieuse, s'agissant de l'évaluation de l'incapacité de la recourante dans une activité adaptée, s'étend du mois d'octobre 2008 au mois d'août 2009 et du mois de décembre 2009 au 30 novembre 2011.

E. 12

a. Afin d'établir son expertise du 19 octobre 2010, le Dr R_____ indique avoir étudié les pièces médicales du dossier, avoir procédé à un examen neurologique, ainsi qu'à un bilan neuropsychologique détaillé, en date du 8 octobre 2010. Ce faisant, il a retenu comme diagnostic, avec effet sur la capacité de travail de la recourante, un paragangliome cérébelleux gauche de grade OMS 1, opéré et irradié, avec un discret hémisyndrome

résiduel gauche, essentiellement de type ataxique. Il a par ailleurs observé que la patiente se plaignait alors essentiellement de fatigue, de distractibilité et de diminution des capacités de concentration. Il existait également des céphalées, une diminution de la précision des gestes à gauche et quelques troubles de l'équilibre à la marche. L'expert a toutefois estimé que la situation oncologique était stabilisée, bien qu'une récurrence tumorale ne pouvait être formellement écartée. Constatant qu'un hémisyndrome cérébelleux cinétique associé à une légère ataxie à la marche subsistait, empêchant l'activité de serveuse précédemment exercée, il a conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, dans la mesure où ces troubles restaient compatibles avec une activité à plein temps s'ils n'étaient pas mis au premier plan, et en l'absence de limitation neuropsychologique. b. La chambre de céans constate, de prime abord, que l'expertise du Dr R_____ se base sur le dossier médical de la requérante et son examen physique. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est prononcé sur l'évolution de l'état de santé de la requérante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. L'expertise menée est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante.

E. 13

a. Encore faut-il examiner si d'autres avis médicaux commandent de s'écarter de l'expertise du Dr R_____, retenant une capacité de travail totale de la requérante dans une activité adaptée lors de son examen du 8 octobre 2010, à défaut de l'indication d'une autre date.

À cet égard, la requérante s'oppose à ses conclusions, dans la mesure où elle estime que les nombreuses limitations fonctionnelles relevées ne lui permettent pas de reprendre une activité professionnelle, même adaptée, à plein temps.

Elle rappelle, en particulier, que le Dr G_____ estimait son incapacité de travail complète du 18 octobre 2007 au 31 mai 2009 et évoquait un traitement pour des problèmes neurologiques devant courir sur « des années ». Il listait, en effet, une série importante de limitations fonctionnelles, dont la perte de sensibilité du côté

A/3702/2014 - 20/24 - gauche, qui touchait tant le membre inférieur que le membre supérieur gauche, ce qui venait amoindrir sa capacité de travail même dans une activité adaptée.

Elle souligne, de plus, qu'en septembre 2009, le Dr L_____ jugeait son incapacité de travail entière dans toute activité, et ce, pour une période indéterminée.

De même, elle relève que, dans son rapport du 24 décembre 2009, le Dr H_____ se montrait réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle.

La requérante remarque que le SMR, lui-même, relevait une incapacité de travail complète dans toute activité jusqu'à la fin de l'année 2009, dans son rapport du 21 janvier 2010.

Elle souligne encore que, dans son rapport du 7 juillet 2010, le Dr H_____ constatait des troubles de l'équilibre.

Enfin, elle rappelle que, dans son rapport du 23 juillet 2010, le Dr Q_____ relevait la persistance de céphalées, d'une faiblesse de la moitié du corps gauche, d'une déviation dans la marche et de fatigue à l'effort, et qu'au vu de ces limitations fonctionnelles, il retenait une incapacité de travail totale et un pronostic inconnu.

Ainsi, pour la recourante, quand bien même le Dr R_____ a également constaté des problèmes de concentration, de dispersion, de vertiges, de mémoire, de dépression et d'anxiété, il n'en a pas tiré les conclusions qui s'imposaient en retenant une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

Elle relève que le SMR s'était d'ailleurs étonné, dans son avis du 24 juillet 2012, que l'expert ne retienne pas une diminution de rendement, dans ces conditions.

b. En l'occurrence, force est de constater que les avis auxquels se réfère la recourante ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr R_____.

D'une part, ces différentes appréciations ont été prises en compte par l'expert, dans la mesure où elles précédaient son examen du 8 octobre 2010.

La recourante ne conteste pas les constatations de l'expert en tant que telles, mais seulement ses conclusions.

D'autre part, les conclusions de l'expert, en tant qu'elles retiennent une capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, ne sont pas opposées à celles de tous les médecins consultés.

En effet, en dépit de ce que soutient la recourante, si le Dr G_____ retenait effectivement une incapacité de travail totale dans l'activité exercée de serveuse, force est de constater qu'il se prononçait en faveur d'une activité adaptée à temps partiel et d'une reconversion professionnelle à cet effet, dans ses rapports remis les 2 octobre 2008, 14 avril 2009 et 4 juin 2009. Après la récurrence tumorale intervenue en août 2009, il maintenait ses recommandations en faveur d'une reconversion professionnelle dans un rapport intermédiaire du 4 octobre 2010, sans toutefois estimer la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

A/3702/2014 - 21/24 -

De même, le Dr H_____ n'excluait pas la reprise d'une activité professionnelle en fonction de l'évolution de l'état de santé de la recourante, dans son rapport du 24 décembre 2009. Du reste, il constatait dans ses rapports subséquents des 30 juin et 7 juillet 2010 que cette évolution était favorable, en l'absence de récurrence de la tumeur.

Ainsi, il apparaît qu'après avoir pris en considération tous les éléments du cas, le Dr R_____ a rendu des conclusions claires et convaincantes.

En particulier, il a dûment examiné la question du rendement de la recourante, pour n'en retenir aucune diminution. La seule interrogation du SMR sur ce point ne suffit pas non plus à douter de la réponse sans équivoque de l'expert.

Sur le plan psychiatrique, la recourante relève encore que l'expert a constaté une dépression et de l'anxiété, sans en tirer de conclusions. Toutefois, il ne revenait pas à cet expert de se prononcer sur l'existence d'une éventuelle atteinte psychiatrique incapacitante de la recourante, au vu de sa qualité de spécialiste en neurologie et non en psychiatrie.

Il apparaît ainsi qu'aucun élément au dossier ne met valablement en doute la valeur probante de l'expertise rendue par le Dr R_____ le 19 octobre 2010.

Par conséquent, sur le plan somatique, il peut être retenu, au degré de vraisemblance requis, que la recourante disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, à tout le moins dès l'examen de l'expert du 8 octobre 2010.

E. 14

a. Reste, dès lors, à examiner si l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée à compter du mois d'octobre 2008.

Par avis du 16 décembre 2010, complété le 16 août 2011, le SMR a considéré que la recourante avait une capacité de travail totale dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles dès le mois d'octobre 2008, après avoir relevé que le Dr G _____ avait estimé une reprise de l'activité exercée possible à 50% dès le mois d'octobre 2008, dans son rapport remis le 2 octobre 2008. Or, de l'avis du SMR, une telle capacité correspondait à une capacité similaire dans une activité adaptée, voire à un taux plus élevé, tel que retenu par le Dr R _____, dans la mesure où l'asthénie de grade I ne justifiait pas davantage de limitation et qu'il n'existait pas d'autre affection ayant une répercussion sur la capacité de travail, comme une dépression ou de l'anxiété. b. Après examen de l'ensemble des pièces versées au dossier, il apparaît toutefois à la chambre de céans que lesdites conclusions du SMR ne peuvent être suivies. D'une part, force est de constater que l'appréciation du SMR n'est corroborée par aucune pièce du dossier. En particulier, le Dr R _____ n'indique pas que la capacité de travail totale retenue dans une activité adaptée serait exigible pour une période antérieure à son expertise.

A/3702/2014 - 22/24 - Au contraire, l'expert retient une telle capacité de travail à l'issue de son examen du 8 octobre 2010, après avoir constaté que la situation oncologique de la recourante était stabilisée. Or, tel n'était pas le cas auparavant, dès lors que la recourante a connu une récurrence de sa tumeur durant l'année 2009. Ainsi, on ne saurait faire sans autre rétroagir les conclusions du Dr R _____ au mois d'octobre 2008, pour déterminer la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique durant l'entier de la période litigieuse. En l'état, il y a lieu de constater qu'aucune pièce ne permet de déterminer la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée, avant l'examen de l'expert le 8 octobre 2010. Certes le Dr G _____ avait-il évoqué la reprise d'une activité adaptée à 50% dans ses rapports remis les 2 octobre 2008 et 4 juin 2009, moyennant une reconversion professionnelle, avant la récurrence tumorale de la recourante. Par la suite, il s'est à nouveau prononcé en faveur de mesures de reconversion professionnelles dans son rapport du 4 octobre 2010, sans toutefois déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Toutefois, on ne saurait se fonder sur le seul avis du médecin traitant de la recourante pour déterminer sa capacité de travail dans une activité adaptée avant l'expertise réalisée, ce d'autant qu'une telle capacité n'a quoiqu'il en soit pas du tout été estimée pour la période postérieure à la récurrence tumorale de la recourante, mais antérieure à l'expertise rendue. Partant, il revenait à l'intimé de solliciter un complément de l'expert quant à la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée, sur le plan somatique, pour la période antérieure au 8 octobre 2010. c. D'autre part, l'existence d'une atteinte sur le plan psychiatrique, pour la période antérieure à l'année 2011, ne peut être sans autre valablement écartée, comme l'a fait le SMR. En effet, dans son rapport du 28 juin 2012, le Dr T _____ indiquait comme diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, un état anxio-dépressif moyen, depuis environ 2011, « voire quelques années auparavant ». De même, le Dr X _____ faisait état d'un état anxio-dépressif moyen, depuis 2011 « au moins », sans pour autant ainsi exclure l'existence d'un tel diagnostic auparavant. Or, il convient de remarquer que, bien qu'il ne soit pas psychiatre, le Dr G _____ prescrivait un traitement antidépresseur à la recourante en 2009 déjà, à la teneur de son rapport du 14 avril 2009.

A/3702/2014 - 23/24 - De plus, dans son expertise du 19 octobre 2010, le Dr R_____ relevait un score significatif pour l'anxiété et limite pour la dépression à une échelle spécifique, au cours de son examen neuropsychologique du 8 octobre 2010. Le SMR reconnaissait du reste lui-même, dans son rapport du 24 juillet 2012, qu'il convenait de reprendre l'instruction du dossier, dans le but notamment de déterminer la date d'apparition de la symptomatologie dépressive. Force est toutefois de constater que les pièces versées au dossier ne permettent toujours pas d'établir une telle date à satisfaction de droit. En effet, au vu des avis des spécialistes précités, il ne peut être tenu pour constant que la recourante ait présenté une atteinte psychiatrique invalidante qu'à compter de l'année 2011. En tout état de cause, ces avis ne permettent pas non plus de situer la date d'apparition d'une telle atteinte sur l'année 2011. Dès lors, un doute subsiste quant à l'existence d'une pathologie psychiatrique de la recourante, avec effet sur sa capacité de travail, durant la période litigieuse.

E. 15

Par conséquent, l'intimé s'est basé à tort sur les conclusions du SMR des

E. 16

En l'état du dossier, cette capacité ne peut être valablement déterminée. En effet, un doute existe quant à la capacité de travail de la recourante, sur le plan somatique avant l'examen de l'expert du 8 octobre 2010, et sur le plan psychiatrique durant toute la période litigieuse, au vu des pièces versées à la procédure. Dans la mesure où il revenait à l'OAI d'instruire davantage ces points en sollicitant un rapport complémentaire du Dr R_____ et en ordonnant une expertise psychiatrique, la cause lui sera renvoyée à ces fins, conformément à la jurisprudence citée. Pour le reste, les auditions sollicitées par la recourante des Drs G_____, H_____, L_____ et T_____ n'apparaissent pas utiles en l'état, de sorte qu'il y sera renoncé.

E. 17

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du

E. 18

novembre 2014 sera annulée, en tant qu'elle refuse à la recourante le droit à une rente du 1er juillet 2009 au 30 novembre 2011, et confirmée pour le surplus. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 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/3702/2014 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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