

# GE\_GERICHTE A/3702/2014 vom 18. August 2015

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3702\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3702_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3702/2014 du 18 août 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3702/2014 del 18 agosto 2015

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1971, ressortissante du Portugal, séjournant en Suisse depuis le 30 janvier 1996, a été employée en qualité de vendeuse/serveuse à plein temps auprès de la société B\_\_\_\_\_ SA (ci-après l'employeur) du mois de mars 1999 au 18 octobre 2007, date à laquelle elle a été empêchée de travailler pour des raisons de santé. 2. Le 19 octobre 2007, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a permis de diagnostiquer un processus expansif intra-axial dans l'hémisphère cérébelleux gauche. 3. Le cas de l'assurée a, dans un premier temps, été pris en charge par l'assurance-maladie collective, qui lui a octroyé des indemnités journalières à compter du 20 octobre 2007, et ce jusqu'au 22 octobre 2009. 4. Dans un rapport du 19 novembre 2007, les docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en neurochirurgie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), indiquaient qu'une intervention pour exérèse du processus cérébelleux diagnostiqué avait été effectuée le 12 novembre 2007 et que les suites opératoires étaient simples et sans complications. Toutefois, en raison de troubles de l'équilibre persistants, de la physiothérapie restait préconisée. Un traitement médicamenteux était par ailleurs indiqué. 5. Le 12 décembre 2007, les doctoresses E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et F\_\_\_\_\_, médecin interne, ont établi un rapport suite au séjour de l'assurée dans le service de neurorééducation des HUG du 19 novembre au 7 décembre 2007. Il était indiqué qu'à sa sortie de rééducation, l'assurée s'était améliorée dans sa mobilité. Cependant, un traitement médicamenteux lui était administré en raison d'une anxiété due au diagnostic et sa capacité de travail était jugée nulle. 6. Le 30 janvier 2009, l'assurée a déposé une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé). Il en ressortait notamment qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis le mois d'octobre 2007, en raison d'une tumeur au cerveau et au cervelet, et qu'elle était suivie depuis le mois de janvier 2008 par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale. Il était par ailleurs indiqué qu'elle n'avait aucune formation. 7. Le 1er avril 2009, l'OAI recevait le dossier de l'assureur-maladie collectif de l'assurée, comprenant les documents suivants : - un rapport du 1er novembre 2007 du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, posant un diagnostic de kyste cérébelleux gauche. Un traitement était en cours depuis le 10 octobre 2007 et l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 18 octobre 2007 ; - un rapport du 22 janvier 2008 des Dresses E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, maintenant les constatations de leur

rapport du 12 décembre 2007 et indiquant, pour le surplus, que l'assurée poursuivait une physiothérapie de réentraînement à la marche. De l'avis des praticiennes, une reprise de l'activité professionnelle était possible en fonction des progrès réalisés et la situation ne devait probablement pas évoluer vers une invalidité ;

8. un rapport du Dr G\_\_\_\_\_, remis le 27 août 2008, posant le diagnostic de paragangliome de l'hémisphère cérébelleux gauche et faisant état d'une évolution postopératoire favorable. Le praticien était alors d'avis que l'assurée allait récupérer une capacité de travail dans sa profession, l'hémiplégie étant en voie de régression. Toutefois, une invalidité partielle était pronostiquée en raison des troubles neurologiques résiduels ;

9. un rapport du Dr G\_\_\_\_\_, transmis le 2 octobre 2008, indiquant que l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle à temps partiel dès le mois d'octobre 2008, après avoir estimé le degré d'invalidité à 50%, en raison des troubles neurologiques résiduels. A cet égard, l'activité exercée de vendeuse pouvait être reprise, pour autant que l'assurée reste derrière le comptoir.

10. Le 14 avril 2009, l'OAI recevait un rapport du Dr G\_\_\_\_\_, indiquant que l'assurée conservait des séquelles neurologiques, suite à l'opération de son paragangliome. Elle avait notamment de la difficulté à se déplacer et une perte d'équilibre, ce qui ne rendait plus exigible l'activité exercée de serveuse, où l'incapacité de travail restait totale. Un traitement antidépresseur était par ailleurs en cours. Le pronostic était toutefois favorable et la reprise d'une activité professionnelle pouvait être envisagée, après une reconversion professionnelle. Une augmentation progressive de la capacité de travail était cependant préconisée.

11. Le 18 mai 2009, un rapport a été établi, suite à la participation de l'assurée à un module d'orientation professionnelle dispensé par l'OAI du 14 avril au 15 mai 2009, à titre de mesure d'intervention précoce. Il y était relevé que l'assurée avait présenté deux cibles professionnelles compatibles avec son état de santé et ses compétences, à savoir vendeuse en confection et animatrice parascolaire. Un pronostic favorable devait permettre à l'assurée d'aller de l'avant dans ses projets professionnels.

12. Le 5 juin 2009, une autre mesure d'intervention précoce, sous la forme d'un cours intensif de français, a également été octroyée à l'assurée par l'OAI.

13. Le 17 juin 2009, l'OAI recevait encore de l'assureur-maladie collectif de l'assurée les documents suivants :

14. un rapport du 21 novembre 2008 des docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radio-oncologie et radiothérapie, et I\_\_\_\_\_, médecin interne, auprès du service de radio-oncologie des HUG, indiquant notamment que l'assurée avait arrêté la physiothérapie postopératoire et avait tenté la reprise d'une activité à 50%, mais que celle-ci s'était soldée par un échec. Suite à cela, elle avait présenté de petits vertiges associés à des insomnies, mais ces symptômes étaient en cours de résolution. La dernière IRM effectuée le 14 avril 2008 était dans la norme. Il n'y avait ainsi pas de signes clinique et radiologique de récurrence tumorale ;

15. un rapport du Dr G\_\_\_\_\_, reçu le 26 février 2009, indiquant que l'évolution postopératoire était favorable, bien que des difficultés à la marche subsistaient. L'incapacité de travail était toujours totale, mais le pronostic était bon ;

16. un rapport du 4 juin 2009 du Dr G\_\_\_\_\_, maintenant que l'évolution était favorable. La situation était stationnaire d'un point de vue neurologique et psychologique. L'incapacité de travail était toujours totale, mais le pronostic était bon. La reprise d'une activité professionnelle, autre que l'activité exercée, à temps partiel et sous certaines restrictions de charges et de mouvements, était ainsi envisageable. Des mesures de réadaptation professionnelle restaient préconisées à cet effet.

17. Le 19 juin 2009, suite à l'avis en ce sens du 17 juin 2009 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du service médical régional

de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), l'assurée a été adressée pour consultation au docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, afin d'établir son status clinique détaillé, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail dans une activité adaptée.

13. Toutefois, par téléphone du 2 juillet 2009, l'assurée a informé l'OAI d'une récurrence de sa tumeur, ce qui a été confirmé oralement par le Dr G\_\_\_\_\_ le 9 juillet 2009.

14. Dans un projet de décision du 13 juillet 2009, l'OAI a dès lors constaté que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient plus indiquées pour l'assurée. Par conséquent, l'instruction de son dossier se poursuivait dans le but de déterminer son droit éventuel à une rente. Le même jour, le mandat adressé au Dr K\_\_\_\_\_ a été annulé par l'OAI.

15. Dans un rapport du 4 août 2009, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, faisait état d'une récurrence du paragangliome de l'angle pontocérébelleux gauche diagnostiqué chez l'assurée.

16. Le 15 septembre 2009, un rapport a été établi par le Dr L\_\_\_\_\_ et la doctoresse M\_\_\_\_\_, médecin interne, suite à l'hospitalisation de l'assurée du 10 au 17 août 2009. Une craniotomie sous-occipitale latérale gauche et résection microchirurgicale sous monitoring du nerf VII avait été pratiquée le 11 août 2009 par le Dr L\_\_\_\_\_. L'IRM réalisée le 13 août 2009 permettait de conclure à l'absence d'argument pour la persistance du résidu tumoral sur les images injectées. Les praticiens constataient que l'intervention avait bien été supportée par la patiente, les suites opératoires étant simples. Des troubles de l'équilibre, des difficultés à la motricité fine du membre supérieur gauche, ainsi qu'un léger « manque du mot » persistaient toutefois. Cependant, l'évolution clinique avait été globalement favorable sur tous les plans et l'assurée avait pu regagner son domicile en bon état général. L'incapacité de travail était toutefois jugée totale, et ce, pour une durée indéterminée.

17. Dans un rapport du 16 novembre 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ et le docteur N\_\_\_\_\_, médecin interne, indiquaient qu'un traitement par radiothérapie, à visée curative, avait eu lieu du 29 septembre au 6 novembre 2009 et avait été bien supporté par l'assurée.

18. Dans un rapport du 19 novembre 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ observait que l'assurée avait bien récupéré, dès lors qu'elle se sentait mieux et avait moins de vertiges. L'IRM pratiqué le 2 novembre 2009 montrait d'ailleurs un état postopératoire normal, sans signe de récurrence ou de résidu de la tumeur. L'état clinique de l'assurée était ainsi satisfaisant.

19. Dans un rapport du 24 décembre 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ indiquait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, le paragangliome traité et, sans effet sur la capacité de travail, un syndrome dépressif [illisible]. Il signalait, en outre, comme restrictions des vertiges et [illisible]. Le pronostic était réservé. L'activité exercée n'était en l'état plus exigible et la reprise d'une activité professionnelle dépendait de l'évolution de l'état de santé de l'assurée.

20. Le 21 janvier 2010, la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, relevait que la situation de l'assurée n'était pas stabilisée, en raison de la récurrence de sa tumeur cérébrale, et que son incapacité de travail avait été totale, dans toute activité, du 18 octobre 2007 à la fin de l'année 2009.

21. Dans un rapport du 30 juin 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ et le docteur P\_\_\_\_\_, médecin interne, observaient qu'environ huit mois après la fin de la radiothérapie entreprise par l'assurée, il n'y avait pas d'argument clinique, ni radiologique, démontrant une évolution de sa maladie. En particulier, la dernière IRM cérébrale du 6 mai 2010 ne montrait pas de récurrence tumorale.

22. Dans un rapport intermédiaire du 7 juillet 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis le mois de novembre 2009. Il n'y avait pas de récurrence de la tumeur et le pronostic était bon. Le praticien signalait une asthénie de grade I, mais ne

relevait pas de limitations fonctionnelles. L'activité de serveuse était toutefois jugée difficilement compatible avec les troubles de l'équilibre existants. [endif]>[if> 23. Dans son rapport du 23 juillet 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_ faisait état de la persistance de troubles neurologiques. Il mentionnait en particulier comme restrictions des troubles de l'équilibre, un hémisyndrome gauche ataxique et de la fatigue à l'effort. L'incapacité de travail de l'assurée était toujours totale et le pronostic était inconnu. [endif]>[if> 24. Dans un rapport intermédiaire du 4 octobre 2010, le Dr G\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé de l'assurée s'était légèrement amélioré, notamment dans la marche. L'évolution était lentement favorable. Aucune limitation fonctionnelle n'était signalée. Une prise en charge psychiatrique n'était pas indiquée. La capacité de travail de l'assurée restait à déterminer, mais des mesures de reconversion étaient préconisées. [endif]>[if> 25. Le 19 octobre 2010, sur mandat de l'OAI, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a rendu une expertise neurologique concernant l'assurée, se basant sur l'étude de son dossier, son anamnèse, un examen neurologique et le bilan neuropsychologique détaillé effectué le 8 octobre 2010. L'expert retenait le diagnostic de paragangliome cérébelleux gauche de grade OMS 1, opéré et irradié, avec discret hémisyndrome résiduel gauche, essentiellement de type ataxique. À son sens, la situation oncologique était bien stabilisée, sans que l'on puisse toutefois formellement écarter la possibilité d'une récurrence tumorale, s'agissant d'une tumeur rare, à l'évolution imprévisible. Il subsistait par ailleurs du côté gauche, un hémisyndrome cérébelleux cinétique, associé à une légère ataxie à la marche. Pour le praticien, bien que modérés, ces troubles résiduels rendaient illusoire la reprise d'une activité de type serveuse de restaurant, en raison de la nécessité de déplacements rapides et du port de plateau avec des consommations. Le tableau étant stable, il était définitif sur le plan des séquelles. Ainsi, l'incapacité totale de travail comme serveuse était définitive, et ce, depuis la découverte de la tumeur à la fin de l'année 2007. En revanche, pour l'expert, plusieurs autres activités pouvaient être envisagées, pour autant que les éléments ataxiques à la marche et d'incoordination de l'hémicorps gauche ne soient pas mis en exergue, et en l'absence de limitation neuropsychologique. À cet égard, dans le cadre de l'examen neuropsychologique effectué, l'expert relevait qu'un questionnaire évaluant la symptomatologie anxio-dépressive avait donné un score limite pour la dépression et significatif pour l'anxiété. La discrète atteinte ataxique à l'hémicorps gauche et les difficultés à la marche restaient compatibles avec une activité à 100%. L'activité de vendeuse, dans des conditions où les troubles ataxiques n'étaient pas mis au premier plan, pouvait d'ailleurs être envisagée. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient indiquées. [endif]>[if> 26. Dans un avis du 16 décembre 2010, le docteur S\_\_\_\_\_, médecin FMH auprès du SMR, observait que l'examen effectué par le Dr R\_\_\_\_\_ répondait aux critères de qualité de l'expertise médicale et permettait de conclure à une incapacité désormais définitive dans l'activité habituelle. Toutefois, la capacité de travail était entière dans toute activité ne nécessitant pas de déplacements répétés. Sur ce point, le praticien remarquait que le médecin traitant de l'assurée, à savoir le Dr G\_\_\_\_\_, avait estimé un retour à l'activité préalable possible, à 50% dès octobre 2008, si l'assurée pouvait rester debout derrière le comptoir. Il retenait que cela correspondait à une capacité similaire dans une activité adaptée, voire à un taux plus élevé, dans la mesure où l'asthénie de grade I ne justifiait pas plus de limitation et qu'il n'y avait pas d'autre affection ayant une répercussion sur la capacité de travail, telle qu'une dépression ou de l'anxiété. La récurrence de la tumeur avait justifié une incapacité totale de travail du mois d'août au mois de novembre 2009. Après cela, le Dr H\_\_\_\_\_ attestait d'une évolution favorable, dans un rapport du 16 novembre 2009, confirmée par la suite dans un

rapport de juin 2010, où il indiquait notamment que l'état de santé s'était stabilisé et qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. Par ailleurs, le praticien relevait l'absence d'atteinte psychiatrique constituée, ayant une répercussion sur la capacité de travail, tant à teneur de la demande de prestations de l'assurée que selon les rapports médicaux fournis à l'assureur-maladie collectif et à l'OAI. 27. Dans un complément du 16 août 2011, le Dr S\_\_\_\_\_ précisait son rapport du 16 décembre 2010, dans le sens où il retenait une capacité totale de travail de l'assurée, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, dès le mois d'octobre 2008. En effet, à son sens, dès lors que le Dr G\_\_\_\_\_ concluait à une reprise de l'activité habituelle à 50% dès le mois d'octobre 2008, pour autant que l'assurée reste derrière le comptoir, cela correspondait à une capacité entière de travail dans une activité réellement adaptée aux séquelles, tel que retenu par le Dr R\_\_\_\_\_ dans son expertise du 19 octobre 2010. Ainsi, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle était à retenir dès le 18 octobre 2007, et ce de manière définitive. L'incapacité de travail était également totale, dès cette date, dans une activité adaptée, mais entière à compter du mois d'octobre 2008. Par la suite, la récurrence de la tumeur avait à nouveau justifié une incapacité totale de travail entre le mois d'août et novembre 2009, mais à compter du mois de décembre 2009, la capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée. 28. Par projet de décision du 21 septembre 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. 29. Par courrier du 19 octobre 2011, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a sollicité un réexamen de son dossier. A cet égard, elle précisait demander une rente partielle, au vu de ses problèmes de santé. Elle ne voyait pas quelle activité adaptée elle pourrait retrouver à temps complet. 30. Dans un rapport intermédiaire du 12 décembre 2011, le Dr G\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Le praticien signalait toutefois de la fatigue et des troubles de la concentration. Un traitement antidépresseur était en cours et une prise en charge psychiatrique était recommandée. À son sens, la reprise d'une activité professionnelle restait envisageable ultérieurement. 31. Par décision du 31 mai 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 septembre 2011. En effet, sur la base des conclusions du SMR, retenant notamment une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2008, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de la perte de gain de l'assurée en comparant le gain qu'elle obtenait sans atteinte à la santé en 2008 au gain qu'elle obtiendrait dans une activité adaptée à 100%, en se référant à l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ESS) pour l'année 2008. Il a ainsi retenu un revenu sans invalidité de CHF 45'942.- et un revenu avec invalidité de CHF 51'368.-, soit une perte de gain de CHF 5'426.-, représentant un degré d'invalidité de 0%. Il relevait, par ailleurs, que malgré deux rappels, l'assurée ne lui avait pas fait parvenir le rapport de l'IRM réalisée au mois de novembre 2011, avant que cette décision ne soit prise. 32. Le 1<sup>er</sup> juillet 2012, l'assurée a formé recours contre cette décision. Elle produisait notamment de nouveaux documents, en expliquant avoir eu des difficultés à les obtenir auparavant, à savoir : - les rapports des IRM des 19 novembre 2010, 18 mai 2011, 15 novembre 2011 et 9 mai 2012, ne mettant en évidence aucune récurrence tumorale ; - un rapport du 28 juin 2012 du docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, posant comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un état anxio-dépressif moyen, depuis environ 2011, voire quelques années auparavant, outre le paragangliome traité. Il était notamment indiqué que le traitement avait débuté le 11 janvier 2012 et que l'assurée n'avait pas été prise en charge sur le plan psychiatrique auparavant. Toutefois, le pronostic était bon et l'exercice d'une activité

professionnelle adaptée aux difficultés neurologiques séquellaires du paragangliome pouvait avoir un effet favorable pour l'assurée sur sa thymie et l'estime d'elle-même. Un suivi psychiatrique restait préconisé, de même que le traitement antidépresseur en cours. Sur le plan strictement psychiatrique, il existait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux séquelles neurologiques. Les limitations psychiques identifiées étaient un ralentissement psycho-moteur, des difficultés de concentration, la perturbation du sommeil, le retrait social et la honte de la vision de ses difficultés neurologiques par autrui, outre une dysmétrie du membre supérieur gauche sur le plan physique. Il y avait par ailleurs une baisse de rendement de l'ordre de 50%. Une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue, selon l'évolution et l'adaptation de l'activité. 33. Dans un avis du 24 juillet 2012, la doctoresse U\_\_\_\_\_, médecin FMH auprès du SMR, recommandait de reprendre l'instruction du dossier de l'assurée, notamment afin de compléter l'aspect somatique depuis l'expertise du 19 octobre 2010 et de préciser la date d'apparition de la symptomatologie dépressive. En effet, la praticienne observait que les plaintes prépondérantes de l'assurée se rapportaient à une fatigue et à une fatigabilité, cette dernière semblant débordée par les suites de son atteinte somatique et sa situation psycho-sociale. Dans ce contexte, son état de santé s'était aggravé par une réaction dépressive, évoluant depuis plusieurs mois, mais pour laquelle l'assurée n'était suivie que depuis le début de l'année 2012. Sur le plan somatique, elle relevait que l'expertise du 19 octobre 2010 indiquait également que l'assurée se plaignait de troubles de la concentration et de fatigabilité. Objectivement, l'examen neuropsychologique réalisé n'avait alors montré que de très légers troubles attentionnels et une légère fatigabilité en fin d'examen. Ces difficultés n'avaient cependant pas été répercutées sur la capacité de travail, par exemple par une baisse de rendement. La praticienne s'interrogeait, compte tenu de l'atteinte, sur le fait de savoir si une petite diminution de rendement n'aurait pas pu être reconnue. À son sens, il convenait ainsi de déterminer si les difficultés de l'assurée justifiaient une diminution de la capacité de travail, et si celles-ci étaient exclusivement attribuables à l'atteinte psychique ou si une composante somatique était aussi présente. 34. Dans sa réponse adressée le même jour, l'OAI concluait à ce que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire, sur la base de l'avis précité du SMR. 35. Par arrêt du 25 septembre 2012, la chambre de céans, prenant acte de la réponse de l'OAI du 24 juillet 2012, a admis le recours de l'assurée du 1<sup>er</sup> juillet 2012, annulé la décision de l'OAI du 31 mai 2012, et renvoyé la cause à ce dernier pour complément d'instruction et nouvelle décision, l'assurée ne s'y étant, par ailleurs, pas opposée. 36. Dans un rapport du 19 novembre 2012, le docteur V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, indiquait que l'examen neurologique montrait la persistance d'un discret syndrome cérébelleux statique et cinétique gauche, séquellaire de l'intervention d'excision du paragangliome traité. Pour le reste, l'électroencéphalogramme effectué le même jour était sans anomalie. 37. Le 22 novembre 2012, un rapport a été établi par le Dr H\_\_\_\_\_ et le docteur W\_\_\_\_\_, médecin interne, suite à un contrôle du 14 novembre 2012. Les praticiens observaient que trois ans après la fin de la radiothérapie, il n'y avait pas d'argument clinique ou radiologique pour une récurrence de la maladie. Il n'y avait pas non plus de séquelle radio-induite notable. Les troubles de l'équilibre et cérébelleux étaient stables. Une asthénie persistait toutefois. 38. Dans son rapport du 3 janvier 2013, le docteur X\_\_\_\_\_, médecin FMH auprès du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des HUG, mentionnait comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail, un état anxio-dépressif moyen (F32.1), depuis 2011 au moins, outre le

parangliome traité. Un traitement était en cours depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2012. À cet égard, le praticien relevait qu'en décembre 2011, en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive, le Dr G\_\_\_\_\_ avait introduit un traitement antidépresseur. Par la suite, en janvier 2012, un suivi spécialisé avait débuté auprès du Dr T\_\_\_\_\_, lequel avait alors retenu un diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne et instauré un traitement plus efficace. Le Dr X\_\_\_\_\_ indiquait comme limitations psychiques un ralentissement psycho-moteur, des difficultés de concentration, un retrait social, une perte de confiance et des difficultés à affronter le regard d'autrui. Pour le praticien, la capacité de travail était nulle dans l'activité exercée, ainsi que dans toute activité nécessitant une coordination neurologique importante, mais de 50% dans une activité adaptée, laquelle pouvait favoriser la reprise de confiance et ainsi aider à normaliser l'état psychique. La poursuite du suivi psychiatrique en cours, et du traitement médicamenteux instauré, était préconisée. Une amélioration était envisageable, selon l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Le rendement était également diminué, mais pouvait évoluer favorablement selon l'adaptation du poste. ![endif]>![if> 39. Le 7 janvier 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a établi un rapport intermédiaire, selon lequel l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. ![endif]>![if> 40. Dans un rapport intermédiaire, reçu de l'OAI le 23 janvier 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, depuis trois ans environ. Il mentionnait comme diagnostics avec une influence sur la capacité de travail de l'assurée, une possible apnée du sommeil et une dépression. Des limitations fonctionnelles n'étaient pas relevées. La poursuite du suivi psychiatrique était recommandée. Une reprise du travail restait à définir, mais le pronostic était bon. ![endif]>![if> 41. Dans un rapport du 13 février 2013, le docteur Y\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en pneumologie, excluait l'existence d'un syndrome d'apnées du sommeil chez l'assurée. ![endif]>![if> 42. Dans un avis du 13 mars 2013, la doctoresse Z\_\_\_\_\_, médecin FMH auprès du SMR, recommandait de soumettre le cas de l'assurée à la réadaptation, dans la mesure où, même si son état de santé psychique n'était pas stabilisé, il existait une capacité de travail de 50% dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles psychiques et somatiques, et que celle-ci était susceptible de s'améliorer. ![endif]>![if> 43. Dans un rapport intermédiaire du 10 juin 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ faisait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, bien que des limitations à la marche demeuraient. La capacité de travail restait à évaluer. ![endif]>![if> 44. Dans un rapport intermédiaire du 26 juin 2013, le Dr X\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé psychique de l'assurée s'était amélioré et que les critères d'un épisode dépressif d'intensité légère (F32.0) étaient réalisés depuis le mois de mai 2013. Le pronostic était ainsi favorable. Toutefois, les limitations subsistant, d'un point de vue psychique, étaient les difficultés de concentration, un sentiment de diminution des capacités mnésiques, et une tendance à l'évitement en raison du manque de confiance. La capacité de travail était estimée à 50%, quel que soit le poste occupé. Cependant, une reprise progressive, à commencer par un taux de 25%, était préconisée, afin d'encourager l'assurée à reprendre confiance en elle et d'éviter un échec pouvant conduire à une décompensation. ![endif]>![if> 45. Le 9 décembre 2013, un rapport a été rendu suite au stage pratique effectué par l'assurée auprès de l'entreprise PRO, du 2 septembre au 29 novembre 2013, à 50%, dans le cadre d'une mesure d'observation et d'orientation professionnelle mise en œuvre par l'OAI. Il était conclu à une capacité de travail de 50%, au vu de la fatigabilité de l'assurée, et ce, dans une activité adaptée, à savoir une activité en position assise sur établi, n'impliquant pas de port de charges, ni de tâches répétitives, ni de gestes en force avec sa main gauche. En somme, une activité productive sur le marché

économique n'était pas compatible. L'assurée devait pouvoir alterner entre deux activités, voire plus, sur son temps de présence quotidien. Un encadrement bienveillant était de plus impératif, afin de respecter les limitations de l'assurée et favoriser l'estime d'elle-même. ![/endif]>[/if> 46. Dans un avis du 17 décembre 2013, le docteur AA\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, confirmait retenir une capacité de travail de l'assurée nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. ![/endif]>[/if> 47. Toutefois, dans un rapport de fin de mesures de réadaptation professionnelle du même jour, l'OAI concluait à un taux d'invalidité de l'assurée de 100%. En effet, au vu des conclusions du rapport de stage effectué chez PRO, l'OAI observait que toute activité du ressort du domaine de l'industrie légère, qui ne nécessitait pas de formation préalable, n'était pas exigible de l'assurée, car elle n'avait pas les aptitudes et les capacités pour occuper un poste de production lié à la cadence. De même, l'assurée n'avait pas les aptitudes pour se former sur le plan théorique, en raison de ses lacunes en français écrit et de ses difficultés à se concentrer sur la durée, et ne pouvait donc pas s'orienter vers une activité qualifiée du domaine tertiaire. Dans ces conditions, il n'existait pas d'activité adaptée exigible pour l'assurée et sa capacité de travail n'était ainsi pas exploitable sur le marché de l'emploi du milieu économique ordinaire. ![/endif]>[/if> 48. Dans un avis du 29 janvier 2014, la Dresse Z\_\_\_\_\_ maintenait ses conclusions du 13 mars 2013, dans la mesure où il n'existait pas d'éléments parlant en faveur d'un changement de l'état de santé de l'assurée depuis son avis précédent. Ainsi, elle estimait que la réalisation d'une expertise neuropsychologique n'apporterait pas d'informations supplémentaires susceptibles de modifier son appréciation. ![/endif]>[/if> 49. Le 18 novembre 2014, l'OAI a rendu une nouvelle décision, confirmant son projet de décision du 5 février 2014, et selon laquelle le droit à une rente entière d'invalidité était reconnu à l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2011. En effet, au vu de l'appréciation professionnelle effectuée auprès de PRO, l'OAI avait décidé de s'écarter de l'avis du SMR, retenant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et concluait à une incapacité totale de travail dans toutes activités dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013 (fin du droit aux indemnités journalières) [ sic ]. En revanche, pour la période allant de l'année 2007 au mois de décembre 2011, date à laquelle l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, l'OAI maintenait son refus de rente, en raison d'un degré d'invalidité nul. ![/endif]>[/if> 50. Le 28 novembre 2014, l'assurée a recouru contre cette décision. En substance, elle faisait valoir que son état de santé psychique s'était déjà totalement aggravé avant le 1<sup>er</sup> décembre 2011, ce malgré les différentes mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre. À cet égard, elle expliquait que les différentes opérations subies entre les mois de novembre 2007 et l'année 2009, sa paralysie partielle du côté gauche, et ses pertes de mémoire à répétition, l'avaient complètement anéantie psychiquement. À son sens, son évaluation psychiatrique avait été réalisée trop tardivement pour déterminer son état de santé réel auparavant. C'est pourquoi il était plus juste de considérer que son incapacité totale de travail dans une activité quelconque, malgré ses envies de réadaptation, datait bien du 30 janvier 2009, date de sa demande de rente d'invalidité, et non du 1<sup>er</sup> décembre 2011. ![/endif]>[/if> 51. Dans sa réponse du 12 janvier 2015, l'OAI concluait au rejet du recours de l'assurée. En substance, l'intimé relevait que les limitations psychiques de la recourante avaient été objectivées et médicalement attestées par un psychiatre au plus tôt en décembre 2011. À cet égard, il se basait principalement sur le rapport du Dr X\_\_\_\_\_ du 3 janvier 2013, selon lequel la recourante présentait depuis l'année 2011, au moins, un état anxio-dépressif entraînant des limitations fonctionnelles psychiques, étant relevé que son suivi psychiatrique auprès du Dr T\_\_\_\_\_

avait débuté en janvier 2012. Or, il était apparu que c'était ces limitations qui rendaient inexploitable sur le marché économique normal la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée. C'était donc à juste titre qu'il avait considéré que l'invalidité était totale dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 et non antérieurement. À son sens, les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

52. Par décision du 12 février 2015, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 6 février 2015.

53. Le 13 mars 2015, la recourante, représentée par un conseil, a déposé une réplique, par laquelle elle concluait, préalablement, à ce qu'il soit procédé à l'audition des Drs G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, principalement, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée dès le 1<sup>er</sup> août 2009, et subsidiairement, à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire. En effet, elle soutenait présenter des limitations fonctionnelles d'ordre somatiques et psychiatriques, totalement invalidantes, également durant la période courant du 1<sup>er</sup> août 2009 au 30 novembre 2011, étant relevé qu'un droit à une rente entière lui était reconnu dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011. À cet égard, elle relevait notamment que le Dr T\_\_\_\_\_ avait évoqué un état anxieux-dépressif dès 2011, voire quelques années auparavant. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé que l'incapacité de travail était complète du 18 octobre 2007 au 31 mai 2009, avait évoqué en avril 2009 un traitement pour des problèmes neurologiques sur plusieurs années, ainsi que l'administration d'un antidépresseur, et avait listé une série de limitations fonctionnelles. D'ailleurs, une demande d'examen neurologique avait été faite par le SMR en juin 2009, avant d'être annulée au vu de la rechute de son cancer intervenue en juillet 2009. Après la radiothérapie effectuée entre les mois d'août et de novembre 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ avait évoqué la reprise d'une activité professionnelle avec beaucoup de réserves. En septembre 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ retenait une incapacité totale de travail dans toute activité, et ce, pour une période indéterminée. Le SMR, lui-même, avait retenu une incapacité de travail complète dans toute activité jusqu'à la fin de l'année 2009. Les rapports d'évaluation et d'observation de l'intimé des 24 mars et 18 mai 2009 constataient encore la fragilité et la fatigabilité de la recourante. Au mois de juillet 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ avait constaté des troubles de l'équilibre. Dans son rapport du 23 juillet 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_ avait fait état de multiples limitations fonctionnelles, réduisant totalement le rendement de la recourante. L'expertise neurologique du 19 octobre 2010, effectuée par le Dr R\_\_\_\_\_, faisait également état de plusieurs limitations fonctionnelles d'ordre physiques et psychiques, même si l'expert n'en avait pas tiré les conclusions qui s'imposaient, puisque qu'il retenait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. La recourante soulignait, à ce propos, que le SMR s'était étonné de cette contradiction, en relevant qu'une diminution de rendement aurait dû être prise en compte. Il était ainsi incompréhensible que l'intimé retienne que, selon le SMR, la capacité de travail était complète dès décembre 2009 jusqu'au mois de décembre 2011. En outre, l'intimé considérait de manière infondée que la recourante avait connu une rémission dès le mois de décembre 2009. Pour le reste, la recourante s'étonnait du fait que l'intimé se base sur le rapport du Dr X\_\_\_\_\_, dès lors que celui-ci datait de 2013 et ne concernait ainsi pas la période litigieuse. Les auditions des praticiens requises pouvaient encore permettre, au besoin, de confirmer l'existence de ses limitations, en particulier psychiques, et de son incapacité totale de travail durant la période litigieuse. De l'avis de la recourante, l'intimé n'avait pas suffisamment instruit la question de savoir si des problèmes psychologiques existaient avant le mois de décembre 2011.

54. Par duplique du 23 mars 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, sur la base de la motivation de sa réponse du 12 janvier 2015 et des éléments en sa

possession. [endif]>[if> 55. Dans des observations du 9 avril 2015, la recourante indiquait reprocher essentiellement à l'intimé de ne pas avoir déterminé la date précise de l'apparition des diagnostics avec répercussion sur sa capacité de travail, sur le plan psychiatrique. Aussi, elle maintenait solliciter les auditions du Dr G\_\_\_\_\_, concernant sa prise en charge psychiatrique entre le mois de mars 2009 et le 30 novembre 2011, et du Dr T\_\_\_\_\_, pour la période subséquente. En tant que besoin, elle requérait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle produisait, par ailleurs, une attestation du Dr G\_\_\_\_\_ du 16 mars 2015, confirmant que son traitement antidépresseur était bien suivi et un changement de médication en janvier 2012. [endif]>[if> 56. Dans des observations du 27 mai 2015, l'intimé maintenait ses conclusions, sur la base de l'argumentation précédemment développée. Il soulignait encore que le Dr G\_\_\_\_\_ n'était pas psychiatre, contrairement aux Drs X\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_. Pour le reste, il estimait que les aspects médicaux du dossier étaient clairs et qu'une expertise n'était donc pas nécessaire. [endif]>[if> 57. Une copie de cette dernière écriture a été transmise à la recourante le 1 er juin 2015. [endif]>[if> 58. Par courrier du 6 juillet 2015, l'intimé a encore transmis à la chambre de céans une copie du jugement de divorce de la recourante du 19 janvier 2015, à teneur duquel les parties renonçaient notamment à se réclamer réciproquement une contribution post-divorce. Ensuite de quoi, la cause a été gardée à juger. [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. 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. [endif]>[if> 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 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er 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). 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> décembre 2011, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail avant cette date. 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 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 1<sup>er</sup> 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). 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). 7. a. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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).> b. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, également en vigueur depuis le 1 er 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. 1 er LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. 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 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). 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). 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des 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). 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> août 2009, déjà, sur la base de l'art. 29 LAI, dans sa teneur lors de la 5<sup>ème</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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. 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.

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 hémisindrome 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 hémisindrome 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 recourante 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 recourante, 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. 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 recourante 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 recourante 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 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 recourante 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. 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.

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. 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. 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. 15. Par conséquent, l'intimé s'est basé à tort sur les conclusions du SMR des 16 décembre 2010 et 16 août 2011, pour déterminer la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée durant la période litigieuse. 16. En l'état du dossier, cette capacité ne peut être valablement déterminée. 17. 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. 17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 18 novembre 2014 sera annulée, en tant qu'elle refuse à la recourante le droit à une rente du 1<sup>er</sup> 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 LPG; 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 1<sup>er</sup> 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.-. 18. 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.