

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1329/2013

ATAS/1278/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2014

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître COLLART Jean-Louis

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE, service juridique, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre
WAVRE, Juges assesseurs.**

EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1955, de nationalité suisse, divorcée le 13 mars 1986 d'un premier mariage avec M. B_____ et le 1^{er} décembre 1998 d'un second mariage avec M. C_____, est mère de deux enfants nés en 1990 et 1993.

L'assurée a exercé comme enseignante à 100 % depuis le 1^{er} septembre 1976 en dernier lieu à l'école de commerce D_____ (français, techniques de communication orale, projet professionnel, français pour les élèves non francophones).

2. Le 18 mars 2009, le Dr E_____, médecin-chef au centre d'oncologie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a diagnostiqué un carcinome du sein bilatéral nécessitant une intervention chirurgicale et une chimiothérapie adjuvante.
3. Le 24 mars 2009, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (segmentectomie et curage axillaire à droite et à gauche) par le Dr F_____, FMH gynécologie-obstétrique.
4. Le 24 avril 2009, le Dr E_____ a attesté de la nécessité d'un traitement de chimiothérapie dès le 20 avril 2009, suivi par une radiothérapie bilatérale et d'une hormonothérapie.
5. Le 5 mai 2009, l'assurée a requis de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) un moyen auxiliaire (perruque), lequel lui a été accordé par communication du 26 mai 2009.
6. Le 12 novembre 2009, le Dr G_____, médecin associé au service de radio-oncologie des HUG, a rédigé un rapport de fin de traitement du 28 septembre au 12 novembre 2009 en relevant que la tolérance au traitement avait été dans l'ensemble bonne.
7. Le 7 décembre 2009, le Dr F_____ a pratiqué une intervention (retrait du PAC sous-claviculaire gauche - annexectomie bilatérale par laparoscopie). La consultation génétique avait montré une mutation du gène BRCA2 de sorte que l'annexectomie bilatérale prophylactique était conseillée.
8. Le 21 mai 2010, l'assurée a requis des prestations de l'OAI en raison d'un cancer bilatéral des seins diagnostiqué en mars 2009.
9. Le 7 juin 2010, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI. Il a relevé qu'une IRM mammaire de janvier 2009 avait visualisé deux nodules suspects au sein droit et une mammographie et une biopsie avaient confirmé un carcinome à gauche.

L'assurée avait subi le 23 mars 2009 une segmentectomie des deux seins. Des ganglions lymphatiques prélevés à droite contenaient des cellules tumorales et l'un

deux une atteinte métastatique étendue. Le traitement avait consisté en une chimiothérapie adjuvante du 20 mars au 17 août 2009, laquelle avait entraîné une thrombose veineuse profonde, une radiothérapie complémentaire de deux seins du 28 septembre au 12 novembre 2009 et une hormonothérapie du 4 septembre 2009 au 5 février 2010, laquelle avait provoqué une ténosynovite sténosante du pouce droit nécessitant une cure chirurgicale le 4 mai 2010; une autre hormonothérapie avait été prescrite dès le 5 février 2010. Un dépistage génétique montrait un risque de développer des cancers additionnels et un cancer de l'ovaire de sorte qu'une annexectomie bilatérale avait été pratiquée le 7 décembre 2009. L'assurée était en rémission complète avec un risque de récurrence de 20 % à dix ans. En raison de la lourdeur des traitements et des complications survenues, elle n'avait pas été capable de travailler depuis mars 2009. Une capacité de travail à 100 % était en principe donnée dès le 1^{er} septembre 2010.

10. Un rapport d'évaluation de l'OAI du 13 août 2010 relève qu'il est prévu que l'assurée reprenne son travail le 30 août 2010 à 100 % (avec le code santé DIP lui permettant d'assumer un temps de travail de trois-quarts). Un accompagnement de la reprise de travail était prévu.
11. Une note au dossier AI du 25 novembre 2010 a mentionné que selon l'assurée la reprise du 1^{er} septembre 2010 s'était très mal passée et que son taux de travail avait été de 50 % dès le 15 septembre 2010, nul en octobre et de 25 % dès le 1^{er} novembre 2010; elle pensait reprendre à 50 % fin janvier 2011.
12. Le 30 novembre 2010, le Dr H_____ du SMR a estimé qu'une instruction médicale était nécessaire.
13. Un note au dossier de l'OAI du 14 décembre 2010 a mentionné que l'assurée travaillait actuellement à 25 %.
14. Le 11 mars 2011, le Dr E_____ a rempli un rapport AI. L'état de l'assurée n'avait permis qu'une reprise à 50 % dès le 1^{er} septembre 2010; elle était en rémission complète mais présentait une constellation de symptômes liés à une ménopause anticipée consécutive aux traitements administrés; elle présentait un risque cumulé de rechute tardive et d'une troisième tumeur mammaire de 20 % à cinq ans. Sa capacité de travail était de 75 % dès le 1^{er} mai 2011.
15. Le 12 mars 2011, le Dr H_____ du SMR a estimé qu'il fallait réactualiser les informations médicales fin avril.
16. Le 21 avril 2011, le Dr I_____, FMH médecine interne, homéopathie SSMH, a rempli un rapport AI en mentionnant un suivi depuis mars 2009 et une bonne évolution avec la fatigue prédominante et une fragilité psychique; l'assurée

prenait du tamoxifène; l'incapacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} février 2011 en raison d'un épuisement et d'une faible résistance au stress et une reprise à 100 % était probante en septembre 2012.

17. Le 27 mai 2011, la Dresse H_____ du SMR a proposé de demander un rapport médical intermédiaire sur la capacité de travail de l'assurée.
18. Le 8 juin 2011, le Dr E_____ a confirmé une capacité de travail à 75 % dès le 1^{er} mai 2011; l'incapacité de travail de 25 % était définitive.
19. Le 10 juin 2011, le Dr E_____ a confirmé une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} mai 2011.
20. Le 17 juin 2011, le Dr H_____ du SMR a estimé qu'il convenait de déterminer quelles atteintes justifiaient encore une incapacité de travail par le biais d'une expertise auprès du Dr J_____, FMH médecine interne.
21. Le 22 juin 2011, le Dr I_____ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dans toute activité.
22. Le 15 août 2011, le Dr E_____ a écrit à l'OAI qu'une rente à 50 % se justifiait. Une tentative de reprise de l'activité à 80 % dès le 1^{er} septembre 2010 s'était rapidement soldée par un état d'épuisement physique et émotionnel imposant une interruption totale de l'activité; l'assurée avait ensuite réussi à assumer une activité à 50 %. Elle devrait être en mesure de travailler à 75 % à terme mais elle nécessitait un délai supplémentaire de récupération d'une année à dater de ce jour.
23. Le 28 août 2011, le Dr K_____, médecin associé en santé travail du service de santé de l'Etat, a écrit à l'OAI que l'assurée n'avait pas pu assumer dès septembre 2010 son travail à 80 %. Elle s'était trouvée épuisée; elle n'avait pas pu assumer les tâches inhérentes à son activité d'enseignante; cette incapacité l'avait déstabilisée sur le plan psychologique. Au taux réduit de 50 % elle était parvenue à maîtriser à nouveau son activité mais restait aux limites et ne pouvait aller au-delà pour l'année scolaire à venir. Une rente d'invalidité provisoire de 50 % était justifiée.
24. Le 22 septembre 2011, le Dr J_____ a rendu une expertise fondée notamment sur une consultation du 16 septembre 2011. L'assurée se plaignait de lourdeurs du bras droit depuis le curage axillaire. Elle avait très mal vécu la découverte en novembre 2009 du gène BRCA2. En septembre 2010, lors de la reprise professionnelle, elle n'arrivait plus à se concentrer et à gérer ses classes, présentait une intolérance au stress, de la fatigue, des troubles du sommeil, des bouffées de chaleur et de la labilité de l'émotion; elle se sentait apte à tout faire avec une diminution de rendement; elle souffrait de fatigue, d'angoisses et d'appréhensions concernant son affection. Elle pratiquait du sport (fitness) de la gymnastique énergétique chinoise, de la marche, de la sophrologie/méditation et assumait les travaux ménagers. Elle se

sentait incapable de reprendre le travail à un taux plus important en raison d'une fatigabilité excessive. Il a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- Carcinome du sein bilatéral.
- Status pT1c N1a à G2, RH+, Her2 : négatif (20.03.2009).
- Status après segmentectomie gauche pour carcinome in-situ.
- Status après chimiothérapie adjuvante (3 FEC, 3 Taxotère) du 20.03.2009 au 17.09.2009.
- Status après radiothérapie du 28.09.2009 au 12. 11.2009.
- Status après hormonothérapie d'Arimidex du 04.09.2009 au 05.02.2010.
- Status après thrombose veineuse profonde du membre supérieur droit.
- Status après ténosynovite sténosante du pouce droit (mai 2010).
- -Status après annexectomie bilatérale et retrait du PAC le 08.12.2009.
- Hormonothérapie de Tamoxifène en cours.
- Probables troubles de l'adaptation, réactions mixtes anxieuses et dépressives (septembre 2010).

L'incapacité de travail était certainement justifiée dès mars 2009 en raison du lourd traitement de ce cancer du sein in-situ à gauche et bifocal à droite. L'hormonothérapie par Arimidex était mal supportée, rendant même nécessaire une cure chirurgicale de ténosynovite sténosante du pouce droit le 4 mai 2010, justifiant la poursuite de l'incapacité de travail jusqu'à fin août 2010. Dès lors, les diverses incapacités de travail portées durant l'automne 2010 étaient plutôt en relation avec une décompensation anxieuse et dépressive. Il pouvait s'agir d'un trouble de l'adaptation dont l'intensité et l'importance semblent s'être améliorées au fil des mois. L'assurée restait fragile avec une certaine labilité émotionnelle et une intolérance au stress. Dans ces conditions, il était possible de reconnaître une totale capacité de travail, réduite de 20 % en raison de la fatigabilité dans la profession exercée exigeante de l'assurée. Dans une activité adaptée, sur le plan somatique, il existait une totale capacité de travail dès le mois de mai 2011. A cette date, le Dr E_____ confirmait en effet qu'une reprise d'activité professionnelle était possible à 75 % dès le 1^{er} mai 2011. Ceci serait également en concordance avec la durée d'un trouble de l'adaptation apparu en septembre 2010. Ainsi, depuis mai 2011, il n'y avait, sur le plan somatique, de justification au maintien d'une incapacité de travail.

Les limitations fonctionnelles étaient représentées par le status après chirurgie, radiothérapie et curage axillaire droit. Une activité professionnelle devrait mettre l'assurée à l'abri de charges répétitives du membre supérieur droit, de travaux les bras portés en hauteur autres qu'occasionnels, dans un environnement sans exposition à la chaleur. Seuls des ports de charges légères étaient possibles. Des activités nécessitant des manipulations soutenues avec les mains n'étaient pas exigibles. L'assurée présentait une fatigabilité déclarée excessive et non explicable

uniquement par les effets de la déprivation hormonale. Il n'y avait pas de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux significatifs. Une analyse précise échappait au domaine de compétence de la présente expertise.

L'activité d'enseignante était exigible à 100 %, avec une diminution de rendement de 20 %, dès le 1^{er} mai 2011 et dans d'autres activités administratives moins stressantes il existait une totale capacité de travail.

25. Le 20 novembre 2011, le SMR a estimé que l'expertise du Dr J_____ était fouillée et qu'une évaluation psychiatrique spécialisée n'était pas nécessaire. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % du 11 mars 2009 au 31 août 2010, 20 % du 1^{er} au 14 septembre 2010, 50 % du 15 au 30 septembre 2010, 100 % du 1^{er} au 30 octobre 2010, 75 % du 1^{er} novembre 2010 au 31 janvier 2011, 50 % du 1^{er} février au 30 avril 2011 et 20 % dès le 1^{er} mai 2011.
26. Le 8 juin 2012, l'assurée s'est entretenue avec la réadaptation professionnelle de l'OAI; elle a indiqué qu'elle reprenait son activité professionnelle à 100 % dès septembre 2012.
27. Le 15 novembre 2012, la réadaptation professionnelle a indiqué que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, l'assurée ayant repris son activité à 100 % dès septembre 2012.
28. Par projet du 10 décembre 2012, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2010 au 31 janvier 2011 et une demi-rente du 1^{er} février au 31 juillet 2011 et refusé tout droit à des mesures professionnelles.
29. Le 24 janvier 2013, le Dr I_____ a attesté que l'incapacité de travail de l'assurée était totale de mars 2009 à janvier 2011, de 50 % de février 2011 à août 2012 et nulle dès septembre 2012.
30. Le 24 janvier 2013, le Dr E_____ a attesté que l'assurée était totalement incapable de travailler dès mars 2009, capable à 50 % dès février 2011 et capable à 100 % dès septembre 2012. En aucun cas sa capacité de travail était de 80 % dès mai 2011.
31. Le 25 janvier 2013, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle n'avait pu exercer son activité habituelle à plus de 50 % qu'à partir du 1^{er} septembre 2012, que seul l'avis du Dr J_____ avait été retenu lequel avait de surcroît eu un comportement inadmissible à son égard.
32. Le 8 février 2013, le Dr H_____ du SMR a rendu un avis selon lequel le Dr J_____ avait rédigé une excellente expertise, réalisée dans les règles de l'art. Le Dr I_____ se bornait à mentionner une fatigue et une fragilité psychique sans justification objective de la capacité de travail à 50 % et évalué celle-ci à dix-huit mois ce qui n'était pas plausible. Le Dr E_____ ne précisait

pas quels symptômes limitaient la capacité de travail et un risque de rechute n'était pas incapacitant. Il avait changé d'avis entre le 9 et le 10 juin en attestant d'abord une capacité de travail à 75 % et ensuite à 50 % seulement, sans explications.

33. Par décision du 14 mars 2013, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière du 1^{er} mars 2010 au 31 janvier 2011 et une demi-rente du 1^{er} février 2011 au 31 juillet 2011 en se fondant sur l'expertise du Dr J_____ et le rapport SMR du 8 février 2013.
34. Le 23 avril 2013, le Dr I_____ a rendu un avis médical à la suite de l'expertise du Dr J_____. Le rapport de celui-ci comportait de nombreuses inexactitudes. Il ne tenait pas compte des souffrances de l'assurée, en particulier dues à l'asthénie réactionnelle au traitement, à la ménopause précoce ainsi qu'à une souffrance psychique; le Dr J_____ n'expliquait pas pourquoi il écartait son rapport du 21 avril 2011 et celui du Dr E_____ estimant une capacité de travail de 50 % jusqu'à août 2012. Il ne décrivait pas la fatigabilité lors de l'activité professionnelle; l'assuré avait été longtemps en proie à la fatigue en raison du traitement et psychologiquement fragile; ses capacités de concentration, compréhension et adaptation, nécessaire à tout enseignant, étaient alors très limitées de sorte que sa capacité de travail n'était pas supérieure à 50 % jusqu'en août 2012.
35. Le 24 avril 2013, le Dr E_____ a rendu un avis médical à la suite de l'expertise du Dr J_____. Le rapport de celui-ci était lacunaire; il ne tenait pas compte de la lente amélioration de l'état de santé de l'assurée; elle avait été incapable de reprendre un travail à 100 % en septembre 2010; son état de santé restait fragile et elle avait dû actuellement baisser à nouveau son temps d'activité à 80 %; les médecins qui n'étaient pas familiers avec les traitements cytotoxiques sous-estimaient les limitations qu'ils entraînaient, telles que la ménopause anticipée avec un syndrome de déprivation hormonale; le Dr J_____ n'expliquait pas pourquoi la capacité de travail était de 80 % dès mai 2011; la contradiction entre ses rapports des 8 et 10 juin 2011 avait été faite par inadvertance. La capacité de travail était bien de 50 % jusqu'à fin août 2012 car elle nécessitait un délai de récupération; elle présentait toujours un risque de rechute; l'assurée avait subi un traitement d'une lourdeur extrême avec de multiples effets secondaires, dont certains étaient encore présents, liés à la ménopause anticipée et le travail d'enseignant était très exigeant psychologiquement et physiquement
36. Le 29 avril 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation dans la mesure où elle limitait la demi-rente au 31 juillet 2011 et à l'octroi de celle-ci au 30 novembre 2012. Subsidiairement elle requérait une expertise judiciaire. Le rapport du Dr J_____ n'était pas probant. Il indiquait à tort qu'elle avait bien toléré les traitements de chimiothérapie, et omettait d'indiquer qu'elle avait mal supporté l'hormonothérapie; il avait estimé

qu'elle présentait une fatigabilité excessive non explicable par les effets de la privation hormonale, sans donner une autre explication; il s'était écarté sans motivation de l'avis du Dr E_____, lequel estimait que l'incapacité de travail à 50 % avait perduré jusqu'au 31 août 2012, tout comme le Dr I_____. L'OAI n'avait pas indiqué quels éléments objectifs le Dr J_____, lequel n'était d'ailleurs pas oncologue et donc incompetent pour se prononcer, avait fourni pour estimer une capacité de travail totale dès mai 2011.

Le Dr J_____ n'avait pas déterminé les limitations fonctionnelles, ni pris en compte ses plaintes; il ne connaissait pas les effets des traitements cytotoxiques. Il fallait suivre les avis des médecins-traitants, mieux qualifiés pour connaître l'impact du traitement sur sa capacité de travail.

37. Le 6 mai 2013, le Dr H_____ du SMR a rendu un avis médical et estimé que les rapports des Drs E_____ du 24 avril 2013 et I_____ du 23 avril 2013 n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux; par ailleurs la recourante était capable de faire des activités sportives, de la méditation/sophrologie, des sorties culturelles en plus de tâches quotidiennes de sorte qu'elle n'était en 2011 déjà pas particulièrement limitée par sa fatigue; le risque de rechute ne comportait pas de limitation de la capacité de travail.
38. Le 28 mai 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que la décision se basait sur l'expertise du Dr J_____, laquelle était probante; l'expert avait pris le temps nécessaire pour entendre l'assurée et recueillir toutes les données utiles, le risque de développer un nouveau cancer n'entraînait pas de limitation immédiate de la capacité de travail; le Dr J_____ s'était fondé sur tout le dossier et avait retenu l'avis du Dr G_____ quant à la capacité de la recourante à supporter son traitement; l'avis du Dr E_____, soit le médecin-traitant, qui avait de surcroît changé entre le 9 et le 10 juin 2011 quant au taux de capacité de travail de la recourante, n'était pas à même de remettre en cause celui du Dr J_____; enfin une expertise était inutile.
39. Le 17 juin 2013, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré :

"J'ai fait une tentative de reprise de travail en septembre 2010 à 100 % mais j'étais épuisée et j'ai dû arrêter tout le mois d'octobre 2010. Cet arrêt a été très dur moralement car j'ai eu peur d'avoir perdu mes compétences. De novembre 2010 à janvier 2011 j'ai travaillé à 25 % et dès février 2011 à 50 % jusqu'en août 2012 où j'ai repris à 100 %. Toutefois en raison d'une importante fatigue mes médecins ont baissé mon taux de travail à 80 % dès octobre 2012. Malgré ce taux de travail abaissé j'ai été tout le temps à la limite et à côté de mon travail je n'ai fait que me reposer. J'ai dû arrêter toutes les activités annexes. En raison de cette situation j'ai

décidé de prendre un plend partiel dès septembre 2013 et je vais travailler à 63 % ce qui va mieux me convenir. Je relève que sans atteinte à la santé j'aurais continué à travailler à 100 % jusqu'à la retraite. Dès que je vais au-delà de mes limites je souffre d'épuisement qui n'est pas gérable professionnellement. Alors j'enseigne dans des classes d'une vingtaine d'élèves ou dans des demi-groupes d'une douzaine d'élèves. J'anime aussi des séminaires pour des enseignants qui comprennent entre 6 et 14 personnes. L'expertise auprès du Dr J_____ s'est très mal passée. Je n'avais jamais été traitée avec un tel mépris, un tel irrespect. Je suis sortie de là en larmes, démolie. J'ai eu le sentiment de ne pas avoir été comprise du tout et même que le Dr J_____ avait pris sa décision avant de me voir. D'emblée il était suspicieux, il essayait de me déstabiliser, de me coincer et de mettre en doute ma parole. Il a cherché à me coller une étiquette de fraudeuse. Il a dicté mes propos de façon déformée sans me laisser finir mes phrases. Il m'a ensuite dit que l'examen physique était pour lui plus important alors que le problème était la fatigue que j'avais présentée et qui n'était de mon avis pas liée à un examen physique. J'étais très surprise qu'un expert fonctionne de cette manière. J'estime qu'il a eu un grave disfonctionnement. En exemple il m'a soupçonné d'avoir soudoyé le Prof. E_____ pour que celui-ci change d'avis sur la question de la capacité de travail. Je relève que le Prof. E_____ a fait une erreur de plume en rédigeant ce premier certificat, erreur qu'il a rectifié le lendemain. En cas de besoin, le Prof. E_____ pourra être entendu par la Cour à ce sujet. Je consulte le Prof. E_____ tous les quatre mois car je suis encore sous hormonothérapie".

40. Le 27 juin 2013, la recourante a observé que l'OAI n'avait pas suffisamment motivé sa décision et n'expliquait pas pourquoi il se fondait sur l'avis du Dr J_____, lequel retenait de façon contradictoire qu'elle ne présentait pas de limitations et que sa capacité de travail était réduite de 20 %. L'audition du Prof. E_____ était requise.
41. Le 1^{er} juillet 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr L_____, médecin spécialiste en oncologie et hématologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise
42. Le 12 juillet 2013, l'assurée a observé que le Dr L_____ n'était pas un spécialiste du cancer du sein mais un oncologue généraliste et a proposé que les Dresses M_____ ou N_____ soient désignées.
43. Le 15 juillet 2013, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas d'observations et transmis un avis du SMR du 4 juillet 2013.
44. Le 29 août 2013, la Cour de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier l'expertise au Prof. M_____, FMH en oncologie, Centre du sein, Hôpitaux Universitaires du canton de Genève, boulevard de la Cluse 30, Genève.
45. Le 6 septembre 2013, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas d'observation à formuler.

46. Le 12 septembre 2013, la Dresse O_____ du SMR a contesté le choix de l'experte au motif que l'assurée avait été traitée par un de ses confrères aux HUG. L'indépendance de l'experte n'était pas garantie.
47. Le 12 septembre 2013, l'OAI a estimé qu'il y avait un risque que le Prof. M_____ soit influencée par les conclusions de son confrère, le Prof. E_____ et qu'elle ait une idée préconçue du résultat de l'expertise.
48. A la demande de la Cour de céans, le Prof. M_____ a indiqué par courriel du 14 octobre 2013 qu'elle avait débuté aux HUG en oncogynécologie le 1^{er} mai 2011 et que le Prof. E_____ était parti des HUG le 30 septembre 2011.
49. Le 21 octobre 2013, l'assurée a estimé que les quatre mois de collaboration formelle sans que le Prof. M_____ ne soit mêlée de quelque façon à son dossier ne constituait pas un obstacle à sa nomination d'experte et ne présentait pas un risque de manque d'indépendance.,
50. Le 31 octobre 2013, l'OAI a requis la récusation du Prof. M_____ au motif qu'elle avait collaboré durant quatre mois avec le Prof. E_____ dans le service où l'assurée avait été suivie.
51. Par ordonnance du 5 novembre 2013 (ATAS/1068/2013), la chambre de céans a confié une expertise au Prof. M_____ en considérant que l'expertise du Dr J_____ n'était pas probante et que l'intimé ne faisait pas valoir des motifs valables de récusation à l'égard du Prof. M_____.

Cette ordonnance est devenue définitive.

52. Le 30 septembre 2014, le Prof. M_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée était porteuse d'une mutation BRCA2 diagnostiquée en 2009 d'un cancer du sein (invasif à droite et in situ à gauche), pour lequel elle avait été opérée bilatéralement et subi une radiothérapie des deux seins et une chimiothérapie en 6 cycles, compliquée par une thrombose et un calcul rénal ainsi que des thérapies hormonales.

Il fallait considérer les aspects particuliers suivants :

- "- Au moment du diagnostic, la patiente était assez jeune pour un diagnostic de cancer du sein (seulement ~20% sont diagnostiqués chez des femmes de moins de 50 ans).
- Elle était mère de 2 enfants pour lesquels, étant divorcée, elle est de facto la seule responsable.
- Elle présente une mutation du gène BRCA, facteur favorisant le développement de cancers du sein et des ovaires de type familial. Ce fait représente en général pour les femmes porteuses de cette mutation un poids psychologique supplémentaire, vu la possibilité de transmission de cette mutation aux enfants

- (avec le risque qu'ils développent aussi un cancer du sein ou un cancer de l'ovaire en bas âge).
- Le cancer était bilatéral, ce qui a demandé une chirurgie bilatérale et une radiothérapie bilatérale.
 - La patiente a subi opération, chimiothérapie, radiothérapie, castration par ablation des ovaires, thérapie anti-hormonale par différents médicaments. En plus des effets aduers usuels des traitements (nausée, vomissements, alopecie, neuropathie périphérique, lymphœdème, ménopause subite, troubles cognitifs, etc.), la patiente a présenté plusieurs complications : thrombose veineuse profonde du membre supérieur droit pendant la chimiothérapie, calcul rénal évacué spontanément, réaction actinique aiguë de Grade II pendant/après la radiothérapie, tendosynovite sténosante du pouce droit, opérée le 4.5.2010 sous thérapie endocrine par inhibiteurs de l'aromatase).
 - Selon mon jugement et mon expérience, il a été inapproprié, après ce diagnostic, ces traitements, et ces complications de demander à Mme A_____ de reprendre son travail à 100% dès le 30.08.2010 (voir Tableau 1 : Taux de travail de Mme A_____). Vu les antécédents et vu le travail intellectuel et intense de la patiente, il aurait été approprié de demander une reprise du travail à 20% avec monitoring rapproché de l'état de Mme A_____ et augmentation par étapes espacées d'au moins 3 mois de la capacité de travail.
 - Selon mon jugement et mon expérience clinique il est peu probable que la capacité de travail de Mme A_____ entre le 1.5.2011 jusqu'au 14.3.2013 (date de la décision de l'OAI) eusse pu être supérieure à 50%. On considère en général après traitement (simple : pour 1 cancer unilatéral, sans complications, sans mutations génétiques) par chirurgie / chimiothérapie / radiothérapie / hormonothérapie une période de 12 mois de réadaptation après la fin de la chimiothérapie et de la radiothérapie avant de reprendre le travail à un taux de ~20-30% inférieur au taux d'avant le diagnostic de cancer du sein. Chez Mme A_____ cette période devrait être prolongée en regard de la situation beaucoup plus lourde que dans une situation conventionnelle avec atteinte unilatérale, des complications subies et des séquelles à long terme des traitements (neuropathie, lymphœdème, ménopause subite, troubles cognitifs).
 - Les limitations de la patiente pendant la période jusqu'à la décision de l'AI étaient : la fatigue bien connue après chimiothérapie et qui peut être présente pour plusieurs années, les troubles cognitifs dus à la chimiothérapie, à la castration et au traitement hormonal de longue durée par inhibiteurs de l'aromatase et par le tamoxifen ensuite, le lymphœdème du bras droit (qui nécessite encore en 2014 un drainage lymphatique régulier), les troubles de type "ménopause" dus à la thérapie endocrine avec troubles du sommeil, bouffées de chaleur, état dépressif, la neuropathie périphérique due au traitement par Taxotere. Les troubles psychologiques dus au diagnostic d'une maladie potentiellement mortelle avec un risque non indifférent de rechute chez une personne qui élève ses enfants seule, et dus à la découverte de fait de porter une mutation génétique fréquemment transmise aux enfants.

- Il est très peu probable que la patiente soit dans la mesure (même dans le futur) de reprendre un travail d'enseignante à 100%."

Elle n'était pas d'accord avec l'avis du Dr J_____ du 22 septembre 2011, une femme avec un diagnostic de cancer du sein ayant besoin de plus de temps pour être en mesure de reprendre son travail; elle confirmait en revanche l'avis du Dr I_____ du 23 avril 2013.

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

L'incapacité de travail entre septembre 2010 et mai 2011 n'était pas remise en question, soit :

- 100% du 11.03.09 au 31.08.10
- 20% du 01.09.10 au 14.09.10 (et non 0% comme semble le penser l'experte)
- 50% du 15.09.10 au 30.09.10
- 100% du 01.10.10 au 31.10.10
- 75% du 01.11.10 au 31.01.11
- 50% du 01.02.11 au 30.04.11
- 20% dès le 01.05.11

Si l'on suivait l'avis de l'experte, l'assurée aurait dû reprendre après la fin de son traitement, en février 2010, son activité progressivement, pour atteindre une capacité de travail de 70-80% en mars 2011.

L'experte énonçait uniquement des limitations fonctionnelles subjectives observées dans la population générale, alors que le Dr J_____ avait décrit les activités quotidiennes de l'assurée et démontrait qu'elle n'était pas en 2011 particulièrement limitée par sa fatigue; l'experte ne disait pas en quoi les complications subies par l'assurée auraient affecté la capacité de travail après 2010, ni en quoi la mutation génétique ou les enfants à charge auraient un impact pertinent; l'expérience clinique de l'experte était insuffisante pour pouvoir statuer dans le cas de l'assurée. L'expertise du Dr J_____ restait probante.

Enfin, l'experte n'était pas indépendante car elle travaillait dans le département d'oncologie précédemment dirigé par le Prof. E_____.

- 55. Le 10 novembre 2014, l'OAI a maintenu sa position en se référant à l'avis du SMR du 21 octobre 2014.
- 56. Le 25 novembre 2011, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

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^{er} janvier 2008).

5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

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

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (ATF non publié 9C 583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} janvier 2009 (cf. Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

c) Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

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

d) Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

6. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

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

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

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

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

e) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

g) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

h) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

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

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

9. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité

(méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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

b) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

10. Les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352) ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une cancer-related fatigue. Celle-ci est une affection somatique liée aux effets secondaires du cancer (ATF 139 V 346).
11. En l'espèce, la décision litigieuse a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2010 au 31 janvier 2011 et une demi-rente d'invalidité du 1^{er} février au 31 juillet 2011.

La recourante admet avoir recouvré une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} février 2011, mais estime que celle-ci s'est maintenue jusqu'au 31 août 2012, puisqu'elle a travaillé à 100% du 27 août au 30 septembre 2012, à 0% du 1^{er} au 9 octobre 2012 et à 80% depuis le 10 octobre 2012, pour finir par prendre un PLEND partiel dès septembre 2013, en travaillant à 63%.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Toutefois, dans la mesure où la recourante a, dans les faits, repris le travail à 80% de façon stable depuis le 10 octobre 2012, puis à 63% depuis le 1^{er} septembre 2013, et ne réclame aucune prestation de l'intimé pour cette période, il convient de retenir une incapacité de travail durable de 50% du 1^{er} février 2011 au 9 octobre 2012.

12. En conséquence, la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 11 mars 2009 (avec une capacité très partielle en septembre 2010, novembre, décembre 2010 et janvier 2011) et à 50% depuis le 1^{er} février 2011 jusqu'au 9 octobre 2012, puis à 20% dès le 10 octobre 2012. Elle a donc droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 avril 2011 et à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 2011 au 31 janvier 2013 (art. 88a RAI)

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'500.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} 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.-.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 14 mars 2013.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2010 au 30 avril 2011 et à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 2011 au 31 janvier 2013.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Alicia PERRONE

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le