

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1349/2016

ATAS/957/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 novembre 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par
l'ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1956, travaille à plein temps depuis le 1^{er} octobre 1985 en qualité de commise administrative 3 au Département des Finances à l'État de Genève. Le 27 octobre 2014, elle a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) une demande de prestations AI, alléguant avoir subi une opération du pancréas le 19 mai 2014.
2. Le 3 juillet 2014, le Professeur B_____, médecin-chef du service de chirurgie viscérale des Hôpitaux Universitaires de Genève, a confirmé que l'assurée avait été hospitalisée du 17 au 28 juin 2014 pour une spléno pancréatectomie gauche élargie en raison d'un cystadénome mucineux du corps du pancréas. Elle souffre de douleurs d'intensité variable au niveau de la cicatrice ; le transit est difficile ; elle se déplace difficilement et doit changer de positions souvent. L'évolution a été considérée comme favorable.
3. Un suivi de reprise de travail a été accordé à titre de mesure d'intervention précoce le 30 janvier 2015.
4. Le 12 mars 2015, l'assurée a annoncé qu'elle avait augmenté son temps de travail à 70%.

Le 27 mars 2015, Madame C_____, infirmière au service de santé du personnel de l'État, a toutefois informé l'OAI que l'assurée travaillait en réalité à 30%, soit trois matins par semaine. Elle a évoqué une certaine ambivalence de l'assurée.

Elle a par ailleurs indiqué que la Doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, selon laquelle le pronostic était très favorable pour une reprise à 100%, était plus réaliste aujourd'hui et partageait son avis sur l'idée d'une stabilisation à 50% « qui serait déjà une belle victoire ».

5. Dans son rapport du 24 mars 2015, la Dresse D_____ a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de cystadénome pancréatique opéré le 18 juin 2014 par spléno pancréatectomie gauche élargie et constaté des douleurs abdominales postopératoires et des troubles du transit.

Elle a également mentionné les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de OH chronique avec consommation quasi nulle et très bien contrôlée depuis automne 2014, et d'embolies pulmonaires en post opératoire depuis juin 2014 (anticoagulation six mois).

Elle a noté que

« Depuis été 2014, transit variable, crampes abdominales, insuffisance pancréatique exocrine probable. + Colon spastique ? + fond anxieux car AT de longue durée, appréhension à la reprise et contexte en 2014 selon l'anamnèse de possible burn out ».

Elle a ajouté que l'assurée souffrait de « troubles digestifs non encore stabilisés, transit variable, diarrhées, constipation = risque d'absentéisme fréquent. Baisse de résistance au stress, fragilité psychique, baisse de la concentration ».

Elle a fixé l'incapacité de travail à 100% du 16 juin au 19 octobre 2014, à 80% du 20 octobre au 9 novembre 2014, à 70% du 10 novembre 2014 au 1^{er} février 2014 (recte 2015), à 100% du 2 février 2014 (recte 2015) au 1^{er} mars 2014 (recte 2015) puis une reprise à 30% en tant qu'employée de bureau. La Dresse D_____ a précisé que l'activité exercée était exigible, que le taux pouvait en être augmenté progressivement, jusqu'à atteindre celui de 50% dès avril 2015.

6. Le 1^{er} avril 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était en l'état possible.
7. Le médecin du SMR a proposé le 26 mai 2015 une expertise à confier au Docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne. Il ne comprend pas les raisons médicales objectives à une limitation de travail à 30%), dès lors que bien que la Dresse D_____ indique que l'état de santé s'est nettement amélioré, elle atteste d'une capacité de travail de seulement 30%.
8. Mme C_____ a informé l'OAI le 23 juin 2015 que l'assurée allait augmenter son taux d'activité à 50% dès le 29 juin 2015.
9. Le Dr E_____ a établi son rapport d'expertise le 27 novembre 2015.

Il relève que dans son activité de commise administrative, l'assurée présente un absentéisme significatif depuis 2011 et une incapacité de travail pratiquement totale, de manière prolongée, dès le 17 février 2014. Elle lui a expliqué qu'elle avait repris une capacité de travail progressive depuis le mois d'octobre 2014, travaillant depuis début janvier 2015 à 50% jusqu'à actuellement, qu'elle avait épuisé apparemment son droit aux prestations perte de gain, et que son contrat avait été revu et modifié avec un taux d'activité à 50% dès le 15 septembre 2015. Elle a ajouté qu'elle serait retraitée à fin avril 2016 et n'entendait pas travailler à plus de 50% avant sa retraite.

Il considère que l'absentéisme annoncé dès 2011 ne reçoit pas de claires explications. L'assurée fait état de troubles digestifs, de douleurs dorsales et de fatigabilité. Il semble qu'il y ait également des troubles anxieux liés à une grave affection de son compagnon, ainsi que d'un problème de dépendance à l'alcool, pouvant entraîner des troubles digestifs, à type de vomissements et diarrhées.

Le Dr E_____ retient le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de cystadénome mucineux pancréatique diagnostiqué en 2011 (status après spléno pancréatectomie gauche élargie le 18 juin 2014, status après embolie pulmonaire en 2014) et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome de dépendance à l'alcool, du tabagisme chronique, une surcharge pondérale avec dyslipidémie non traitée, un syndrome de l'intestin irritable et une diverticulose.

Les limitations fonctionnelles sur le plan physiques concernent le port de charges au maximum de 10 kg non répétitif et l'absence de travaux à effectuer les bras tenus au-dessus de l'horizontale des épaules. Il n'y en a aucune sur les plans psychique, mental et social. Selon l'expert, la capacité résiduelle de travail est de 100% dans l'activité exercée jusqu'ici, ce sans diminution de rendement.

Une incapacité de travail a en revanche été justifiée temporairement en raison de la découverte et du traitement du cystadénome mucineux pancréatique. Le degré d'incapacité de travail a ainsi évolué comme suit :

100% du 20 mai au 19 octobre 2014, 80% du 20 octobre au 9 novembre 2014, 70% du 10 novembre au 30 novembre 2014, 50% du 1^{er} décembre 2014 au 10 janvier 2015, 0% dès le 11 janvier 2015.

Selon l'expert, « nous n'avons en effet aucun argument permettant de reconnaître une incapacité de travail depuis la mi-janvier 2015, date à laquelle elle semble avoir repris à 50%. Il existe contrairement à l'avis du médecin traitant une capacité de travail raisonnablement exigible à plein temps depuis le 12 janvier 2015 ».

10. Le 29 janvier 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations AI était rejetée, au motif qu'elle avait été en incapacité de travail depuis le 20 mai 2014 (début du délai d'attente d'un an), mais entièrement capable de travailler dans son activité habituelle dès le mois de janvier 2015, de sorte que le délai d'attente d'une année n'était pas atteint (art. 28 al. 1 let. b LAI). S'agissant des mesures d'ordre professionnelles, celles-ci ne sont ni indiquées ni nécessaires dans sa situation, puisque sa capacité de travail est entière dans l'activité habituelle.
11. Par décision du 17 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet de refus.
12. L'assurée, représentée par l'ASSUAS, a interjeté recours le 30 avril 2016. Elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, alléguant qu'elle souffre de troubles digestifs qui ne se sont jamais stabilisés et qu'elle présente depuis octobre 2013 une décompensation progressive d'un état anxieux avec totale perte de confiance en elle, diminution de la résistance au stress, de la concentration et de la tolérance à la frustration, et appréhension à sortir de chez elle.

Elle produit les courriers de la Dresse D_____ du 24 mars 2016 et du Docteur F_____, médecin santé travail de l'État de Genève du 14 avril 2016.

Selon la Dresse D_____,

« Selon mon rapport AI du 24.03.2015, j'avais expliqué que cette patiente a dû être opérée pour une spléno pancréatectomie gauche élargie en juin 2014 pour cystadénome mucineux du corps du pancréas (contexte d'éthylisme chronique). Elle a présenté des complications post opératoires sous forme d'embole pulmonaire, et a été anticoagulée pendant 6 mois. Le travail de secrétaire a pu être repris à 30% dès le mois d'avril 2014 (recte 2015) et a 50% seulement dès le 22.06.2015. Elle n'a pas pu augmenter ce temps de travail par la suite.

Dans les faits, ce taux de travail s'avère être un maximum pour *l'assurée*. Je notais en 2015 que les troubles digestifs n'étaient pas stabilisés, ce qui est encore le cas actuellement. Il y a une variabilité du transit avec alternance de diarrhées et constipation avec douleurs abdominales chroniques, en partie liées à une insuffisance pancréatique exocrine difficile à stabiliser malgré les traitements, en particulier le créon et aussi probablement liées à des adhérences. Il y a des épisodes d'incontinence de selles qui ont été responsables d'incapacités de travail totales sur de courtes périodes car *l'assurée* ne pouvait alors pas se rendre sur son lieu de travail.

De plus, et c'est le problème principal actuellement, il y a une décompensation progressive d'un état anxieux avec totale perte de confiance en elle, diminution de la résistance au stress, diminution de la concentration, appréhension à sortir de chez elle, baisse de la thymie, diminution de la tolérance à la frustration, qui sont responsables d'une incapacité de travail à mon avis au long cours, de 50%. *L'assurée* a bien compris l'importance d'arrêter la consommation d'alcool, ce qui est un grand succès pour elle. Cette abstinence reste néanmoins fragile, surtout dans le contexte psychologique actuel.

Une proposition de soutien psychologique a été faite, mais *l'assurée* reste réticente pour l'instant à une telle approche. Je l'ai jusque-là soutenue pour garder au moins une régularité dans son travail à 50%. En ce qui concerne l'AI, je pense qu'une évaluation psychologique serait utile pour étayer les limitations que je constate ».

Le Dr F_____ a confirmé la reprise du travail à 50%, précisant qu'« en termes d'analyse de l'interface santé-travail, il est clair que la situation de cette personne s'est péjorée lorsqu'on prend en compte tous les aspects médicaux, qu'ils soient somatique ou psychologique.

Compte-tenu de cela, nous sommes d'avis que la collaboratrice n'est pas médicalement en mesure de travailler au-delà du 50% actuel ».

13. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a indiqué le 23 mai 2016 que :

« Dans son courrier, la Dresse D_____ confirme le caractère bénin de la tumeur pancréatique.

Elle insiste sur les plaintes digestives de l'assurée (troubles du transit, douleurs abdominales...), mais sans fournir aucun élément objectif pour étayer celles-ci. De plus, comme le relevait le Dr E_____ dans son rapport d'expertise, ces plaintes n'ont aucune répercussion sur l'état général de l'assurée. En particulier, l'assurée ne présente aucune perte de poids récente ou d'anorexie, comme cela est retrouvé en cas de trouble digestif sévère.

En ce qui concerne, une éventuelle « *décompensation progressive d'un état anxieux* », le médecin traitant ne fournit aucun élément objectif (pas de trouble du sommeil, pas de perte de poids, pas de signe de nervosité) pour étayer son appréciation. De plus, dans son dernier rapport du 24 mars 2015, elle ne retient aucun diagnostic psychique et explique également que l'état anxieux est en rapport avec son arrêt de travail prolongé et une appréhension de reprise du travail. À

l'évidence, elle ne retient aucun caractère de gravité et un caractère réactionnel à une situation socio-professionnelle difficile. Enfin, elle laisse entendre qu'elle ne pense pas qu'un suivi psychiatrique spécialisé soit nécessaire, prouvant par-là l'absence de sévérité des troubles psychiques.

Le Dr F_____, quant à lui, écrit qu'il ne pense pas, contrairement à l'expert, que *l'assurée* soit en état de travailler à plus de 50%, mais sans donner aucune justification médicale. »

14. Dans sa réponse du 25 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, se fondant, d'une part, sur l'expertise du Dr E_____ et, d'autre part, sur l'avis du SMR.
15. Dans sa réplique du 17 juin 2016, l'assurée dit ne pas comprendre la conclusion du médecin du SMR quant à « l'absence de sévérité des troubles psychiques ». Elle considère que l'OAI a fortement minimisé l'influence de ses troubles de la santé sur sa capacité de travail résiduelle, et persiste dans les conclusions de son recours.
16. Dans sa duplique du 5 juillet 2016, l'OAI a informé la chambre de céans qu'il n'avait aucune nouvelle observation à faire et s'est expressément référé à ses précédentes conclusions.
17. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

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).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, plus particulièrement sur la condition du délai d'attente d'une année.
5. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

b. 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).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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).

6. 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).

7. 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).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

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).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI : « L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptations raisonnablement exigibles;
 - b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
 - c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins ».
8. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

9. Enfin, 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. En l'espèce, se fondant sur l'expertise du Dr E_____, l'OAI a considéré que l'assurée était certes en incapacité de travail depuis le 20 mai 2014 (début du délai d'attente d'un an), mais était entièrement capable de travailler dans son activité habituelle dès le mois de janvier 2015, et a dès lors rejeté la demande de prestations AI, au motif que le délai d'attente d'une année n'était pas atteint.

Force est de constater que le rapport du Dr E_____ du 27 novembre 2015 comporte une anamnèse complète et détaillée, un résumé du dossier, l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assurée. Il a procédé à des constatations cliniques, les a résumées, a décrit clairement les interférences médicales et expliqué pour quelles raisons il a retenu ou écarté des diagnostics. Son appréciation ne contient pas de contradiction. Son rapport se fonde en outre sur l'étude du dossier médical complet tenant compte des divers rapports médicaux. Ses conclusions sont claires et motivées, contenant une appréciation complète et détaillée du cas. Aucun indice concret ne permet dès lors de mettre en cause leur bien-fondé.

Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'examen du Dr E_____ qui répond aux réquisits jurisprudentiels.

Le Dr E_____ a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de cystadénome mucineux pancréatique diagnostiqué en 2011 (status après spléno pancréatectomie gauche élargie le 18 juin 2014, status après embolie pulmonaire en 2014). Les limitations fonctionnelles sur le plan physique concernent le port de charges au maximum de 10 kg non répétitif et l'absence de travaux à effectuer les bras tenus au-dessus de l'horizontale des épaules.

Il apparaît que le Dr E_____ et la Dresse D_____ retiennent, sur le plan somatique, les mêmes diagnostics et le même type de limitations fonctionnelles. Cette dernière cependant ajoute que l'assurée souffre de troubles digestifs qui ne se sont jamais stabilisés, de sorte qu'elle apprécie différemment la capacité de travail de l'assurée.

Dans son rapport du 24 mars 2015, la Dresse D_____ note en effet une reprise de travail à 30% dès mars 2015 et prévoit une activité à 50% dès avril 2015. Le 24 mars 2016, elle constate qu'en réalité l'assurée a travaillé à 30% dès avril 2015 et à 50% dès fin juin 2015. Elle précise que ce taux de 50% est le maximum de ce que peut accomplir l'assurée.

Il y a toutefois lieu de relever, à l'instar du médecin du SMR, que la Dresse D_____ ne fournit aucun élément objectif s'agissant de ces troubles digestifs (pas de trouble du sommeil, pas de perte de poids, pas de signe de nervosité) pour étayer son appréciation.

De plus, selon la jurisprudence, 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.

Il apparaît ainsi que le taux de 50% correspondant au taux d'activité effectivement exercé par l'assurée ne se justifierait pas sur le plan médical, et sur le plan somatique en particulier.

La chambre de céans souligne quoi qu'il en soit que selon la Dresse D_____, le problème principal actuellement, responsable de son incapacité de travail de 50%, porte sur l'aspect psychiatrique, soit une décompensation progressive d'un état anxieux avec totale perte de confiance en elle, diminution de la résistance au stress, diminution de la concentration, appréhension à sortir de chez elle, baisse de la thymie, diminution de la tolérance à la frustration.

Il y a ainsi lieu de constater que selon la Dresse D_____ la capacité de travail de l'assurée ne dépasse pas 50% en raison de son état psychique. Elle propose du reste qu'une évaluation psychologique soit effectuée dans le cadre de l'AI.

Dans son précédent rapport daté du 24 mars 2015, elle ne retenait aucun diagnostic psychique, mais indiquait déjà une baisse de résistance au stress, une fragilité psychique et une baisse de la concentration, expliquant que l'état anxieux était en rapport avec un arrêt de travail prolongé et une appréhension de la reprise du travail.

De tels troubles ne suffisent cependant pas à admettre une incapacité de travail, étant rappelé qu'une atteinte à la santé est assurée lorsqu'un diagnostic approfondi et fondé sur les critères d'un système de classification scientifiquement reconnu a été posé (ATF 130 V 396). L'assurée ne suit par ailleurs aucun traitement dispensé par un psychiatre. La Dresse D_____ ne fait à cet égard pas état, dans son rapport du 24 mars 2016, d'une aggravation de l'état de santé psychique de sa patiente. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique.

Quant au Dr F_____, il n'apporte aucune précision médicale qui permettrait de justifier le taux d'incapacité de travail retenu.

Force est, au vu de ce qui précède, de considérer que les conclusions des Drs D_____ et F_____ ne permettent pas de s'écarter de celles du Dr E_____.

Il y a en conséquence lieu de retenir les taux d'incapacité de travail auxquels a conclu l'OAI et de constater, partant, que l'assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne, de huit mois seulement, de mai 2014 à janvier 2015, soit une durée insuffisante au sens de l'art. 28 al.1 LAI, pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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