

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/362/2009

ATAS/1206/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 25 novembre 2010**

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée au Petit-Lancy

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane  
CORTHAY, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame G \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), ressortissante française née en 1946, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> septembre 1997 comme directrice générale adjointe de la société X \_\_\_\_\_ SA, qu'elle a créée avec son époux.
2. En décembre 2000, on lui a découvert un carcinome canalaire invasif bicentrique au sein droit. Ce cancer a été traité par six cycles de chimiothérapie, terminés en mai 2001, ainsi que par un traitement radiothérapeutique. L'assurée a subi une mastectomie radicale modifiée à droite avec reconstruction immédiate par prothèse gonflable en juin 2001. En raison d'une infection systémique et d'un abcès à staphylocoques dorés de la prothèse mammaire, celle-ci a par la suite dû être ôtée lors d'une nouvelle intervention.
3. L'assurée a ainsi été dans l'incapacité totale de travailler et des indemnités journalières lui ont été versées par HELSANA ASSURANCES SA dès le 15 février 2001 et durant 420 jours, à 100% jusqu'au 31 décembre 2001, à 50 % jusqu'au 31 mars 2002 puis à nouveau à 100 % du 3 au 12 juillet 2002.
4. Le 20 juin 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente et de moyens auxiliaires (prothèse du sein droit) auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après OAI).
5. Dans un compte-rendu de consultation adressé le 13 septembre 2002 au Dr L \_\_\_\_\_, gynécologue de l'assurée, le Dr M \_\_\_\_\_, oncologue auprès du Département de gynécologie et obstétrique des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), a indiqué que la patiente se plaignait de fatigue depuis une infection survenue l'année précédente. Son état général était bon et il n'y avait aucun signe clinique ou radiologique de récurrence du cancer.
6. L'employeur de l'assurée a indiqué dans un questionnaire du 1<sup>er</sup> décembre 2002 que celle-ci avait travaillé en tant que directrice générale adjointe jusqu'au 31 mars 2002, date à partir de laquelle elle avait occupé le poste de responsable des opérations en Suisse. L'horaire habituel était 40 h./sem. au sein de l'entreprise mais l'assurée ne travaillait que 5 h./jour, 4,5 jours/sem. depuis le 1<sup>er</sup> avril 2002; il lui était en effet impossible d'assumer un travail à plein temps et de voyager. Son salaire annuel avait été réduit à 79'200 fr. le 1<sup>er</sup> avril 2002; il s'était élevé à 130'000 fr. en 2000 et à 11'000 fr./mois en 2001. L'employeur a indiqué que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait réalisé en 2002 un revenu de 143'000 fr. Il a encore précisé que l'assurée avait été incapable de travailler à 100 % du 15 février 2001 au 31 décembre 2001, à 50 % du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 mars 2002, à 40 % du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 décembre 2002, puis de nouveau à 100 % du 3 au 12 juillet 2002 et du 2 au 11 novembre 2002.

7. Dans un compte-rendu de consultation adressé le 14 janvier 2003 au Dr L\_\_\_\_\_, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée restait "hyperactive" mais se disait fatigable. Son état général était bon et le bilan rassurant.
8. Le 18 mars 2003, l'assurée a informé l'OAI du fait qu'elle avait dû réduire son activité à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> mars 2003 et qu'elle touchait désormais un revenu mensuel brut de 5'500 fr. A l'appui de ses dires, elle a produit une attestation de son employeur confirmant que son taux d'occupation, qui avait été de 55,38% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2002, était réduit à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> mars 2003.
9. Dans un rapport du 28 novembre 2003, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait été totalement incapable de travailler du 15 février au 31 mars 2002, date à compter de laquelle elle avait entièrement récupéré sa capacité de travail. Le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé que l'activité exercée précédemment était encore exigible, sans diminution du rendement. Il n'a fait état d'aucune limitation fonctionnelle. L'état de santé de l'assurée a été qualifié de stationnaire.
10. Le 8 février 2004, le Dr M\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il avait appris que sa patiente ne travaillait qu'à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002. Il a expliqué que s'il avait délivré un certificat de reprise du travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2002 et lors des consultations postérieures, c'était parce que l'assurée ne lui avait pas signalé avoir dû réduire son temps de travail en raison de sa fatigabilité. Le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé cette incapacité de travail à 50 % et l'a justifié par la fatigabilité de sa patiente, dont il a rappelé qu'elle était âgée de 57 ans et avait subi six cycles de chimiothérapie néo-adjuvante jusqu'en mai 2001.
11. Le dossier de l'assurée a été soumis au service médical régional AI (SMR) et plus particulièrement au Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qui a émis en date du 13 juillet 2007 l'avis que la capacité de travail de l'assurée pouvait effectivement être diminuée en raison de la fatigabilité éprouvée suite aux traitements subis; selon lui, la baisse de rendement pouvait atteindre 50% au plus.
12. En octobre 2005, l'OAI a procédé à une enquête pour activité professionnelle indépendante.

Du rapport d'enquête, il ressort que l'assurée a créé en 1997, avec son époux, la société X\_\_\_\_\_ SA (société active dans l'organisation de conférences, principalement à l'étranger) dont ils sont les seuls actionnaires. L'assurée a déclaré consacrer la moitié de son temps de travail à des déplacements à l'étranger pour organiser différentes conférences, son mari assumant désormais environ 80 % des voyages nécessaires. Elle a indiqué avoir dû diminuer son temps de présence au bureau en raison du fait qu'elle se fatigue très vite. Le chiffre d'affaires de la société a diminué car personne n'a réellement remplacé l'assurée, qui n'a pu développer les sponsors comme elle l'aurait voulu. Les objectifs de l'entreprise n'ont pas été

atteints. Avant l'atteinte à la santé, l'assurée répartissait son temps entre tâches de direction (à hauteur de 50 %) et organisation de conférences à l'étranger (50%).

L'enquêteur a relevé que la comparaison des revenus était délicate en raison de la jeunesse de la société et de son essor, difficile à estimer dans un secteur d'activité aux produits très fluctuants. Il a également été noté que l'assurée et son époux se versaient des salaires étonnamment élevés compte tenu de la situation financière de la société qui rencontrait des difficultés de trésorerie. La conclusion de l'enquête était que le préjudice économique était difficile à évaluer en raison de l'aspect médical peu clair et que la question de la capacité de travail dans une activité de direction sans déplacements à l'étranger se posait. L'enquêteur a préconisé des investigations médicales complémentaires.

13. Le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué dans un rapport du 8 novembre 2005 que l'état de sa patiente était toujours stationnaire, mais qu'il y avait un risque de rechute. L'assurée ne souffrait pas de troubles psychiques et sa fatigabilité était définitive.
14. Par courrier du 16 novembre 2006, le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé cette fatigabilité persistante, soulignant qu'elle était fréquemment observée après une chimiothérapie. Il a fait remarquer que la notion de fatigabilité était relative et que celle-ci se remarquait davantage chez un patient ayant toujours travaillé à 100 % de ses moyens. Il a confirmé qu'à son avis, l'assurée était dans l'incapacité de travailler à plus de 50 %.
15. Le 3 décembre 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ a confirmé qu'une baisse de rendement de 50% était admissible si l'on considérait que l'intéressée devait voyager. Il l'a réduite à 10-20 % s'agissant de l'exercice d'une activité de direction.
16. Se basant sur cet avis, l'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode extraordinaire en procédant par comparaison des champs d'activités (cf. complément d'enquête du 16 janvier 2007).

Retenant une incapacité de 20 % pour la part d'activité consacrée à la direction et de 50 % pour la part dévolue à l'organisation de conférences, impliquant des voyages à l'étranger, l'OAI est parvenu à la conclusion que l'incapacité de travail de l'assurée devait être fixée à 35 %.

Il a ensuite déterminé le degré d'invalidité en se référant aux salaires ressortant du tableau 7 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2002, retenant pour les tâches de direction un salaire annuel de 57'366 fr. (chiffre 20, niveau 1) et pour celles d'organisation de conférences un revenu annuel de 62'382 fr. (chiffre 25, niveau 1). Cela l'a conduit à un revenu hypothétique de 119'748 fr. avant invalidité et de 77'085 fr. après invalidité, dont la comparaison a abouti à un degré d'invalidité de 36 %.

17. Le 18 avril 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité limité dans le temps à la période du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2002, date à partir de laquelle il considérait que le degré d'invalidité n'avait plus été que de 36 %. L'OAI a expliqué avoir appliqué la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité en raison des facteurs étrangers à l'invalidité relevés lors de l'enquête économique.
18. L'assurée a contesté ce projet par courrier du 20 avril 2007. Elle a allégué que, dans l'activité de direction également, sa baisse de rendement atteignait 50 %, que ses horaires étaient limités à 4 h./jour et que le Dr M\_\_\_\_\_ en avait attesté.
19. L'OAI a alors confié au Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, le soin de procéder à une expertise.

Du rapport établi par l'expert en date du 12 septembre 2007, il ressort que les examens et analyses approfondis effectués en mars 2003, mars et mai 2007 par la Dresse P\_\_\_\_\_ se sont tous révélés dans la norme à l'exception d'une hypercholestérolémie.

L'expert a relaté que l'assurée se plaignait d'une asthénie profonde depuis janvier 2002, perdurant dès qu'elle travaillait à plus de 50 %. Elle ne pouvait s'empêcher de "se stresser un maximum" et travaillait avec intensité, déclarant abattre la même somme de travail à 50 % qu'à 100 % mais se sentir beaucoup plus fatigable. L'assurée ressentait son travail comme épuisant et pensait ne pas pouvoir l'exercer à plus de 50 % sans aggraver sa situation. Elle se plaignait d'un manque de résistance et de douleurs à la mobilisation du bras droit et dans l'hémithorax dès qu'elle "forçait" au travail. Elle avait également constaté une baisse de concentration, des troubles de la mémoire et une irascibilité. Le Dr M\_\_\_\_\_ et les infirmières lui avaient recommandé de diminuer son temps de travail afin de ne pas favoriser une récurrence tumorale.

A l'examen, le Dr O\_\_\_\_\_ a constaté que l'assurée était objectivement en bonne santé, le traitement ayant cependant laissé des séquelles sous forme d'une discrète limitation dans la rotation du bras droit et dans l'élévation maximale à l'épaule. L'expert a posé les diagnostics de status après mastectomie droite en 2001 pour carcinome caniculaire invasif avec rémission complète et d'asthénie d'origine indéterminée alléguée depuis 2001. Il a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de cervicarthrose probable, d'obésité et de lombalgies.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a souligné que la chimiothérapie peut provoquer une fatigue résiduelle quelques semaines après son administration, tout comme l'intervention chirurgicale, la radiothérapie et la complication infectieuse ayant mené à une nouvelle opération. Il a ainsi justifié la fatigabilité de l'assurée jusqu'au 31 mars 2002 expliquant qu'au-delà de ce laps de temps, les cas de fatigabilité observés

l'étaient chez des personnes "simples" manifestant ainsi des craintes liées à une mauvaise compréhension de la situation, une peur de la rechute, du chômage ou exprimant ainsi la menace vitale. L'expert a souligné que l'asthénie demeure un symptôme peu quantifiable lorsqu'il n'est pas associé à une maladie somatique aiguë ou chronique ou à une maladie psychique caractérisée; il s'agit d'un symptôme fréquemment non expliqué en médecine, le diagnostic différentiel de l'asthénie étant très large (syndrome de fatigue chronique, maladie métabolique ou endocrine, infectieuse, rhumatismale, etc.)

L'expert n'a pas contesté l'incapacité totale de travailler de l'assurée jusqu'au 31 décembre 2001, à 50% jusqu'au 31 mars 2002. En revanche, il a renoncé à se déterminer valablement sur la situation postérieure, dont il a fait remarquer qu'elle remontait à plusieurs années, expliquant que la relation entre capacité de travail et antécédents de traitement de cancer du sein ne pouvait être reconstituée chez l'assurée, dont les analyses de sang, les examens radiologiques et les contrôles oncologiques étaient tous normaux. Le Dr O\_\_\_\_\_ a déclaré qu'il se dégageait de la lecture du dossier médical l'impression que le lien entre l'asthénie et les suites de l'affection cancéreuse avait été établi sans autre recherche de cause, la fatigue étant reconnue d'emblée comme une séquelle. Il s'est étonné qu'une "incapacité" de travail de si longue durée n'ait pas mené à des investigations plus approfondies. Il n'était pas possible de les mener dans le cadre d'une expertise mais aucun signe évident d'une autre affection n'était apparu dans le cadre de l'examen approfondi et des examens paracliniques.

Selon l'expert, aucun élément objectif ne permettait actuellement de mettre l'invalidité alléguée directement en relation avec les antécédents de maladie chez l'assurée compte tenu de sa personnalité énergique, battante et décidée. Il n'excluait pas que la cause en soit une démotivation à exercer une activité professionnelle au-delà de 55 ans. En outre, la fatigue, la baisse de concentration, l'épuisement tant physique que psychique dont se plaignait l'assurée pourraient être en relation avec un fonctionnement qui paraissait problématique à l'expert, qui se demandait si ces symptômes n'étaient pas l'expression d'un trouble et d'un mode de fonctionnement consistant à attribuer la fatigue à la maladie et à ne pas la mettre en perspective. Selon le Dr O\_\_\_\_\_, les difficultés de l'assurée à métaboliser l'épisode traumatique et à modifier son rythme de travail pourraient à l'avenir lui poser un sérieux problème et, à terme, interférer avec sa santé. L'expert s'estimait toutefois incompetent pour statuer sur le mode de fonctionnement de l'assurée, même si ce dernier représentait un facteur de risque et peut-être même un élément malade. Il a préconisé une évaluation auprès d'un psychiatre.

Compte tenu des troubles constatés, le Dr O\_\_\_\_\_ a préconisé d'éviter le port de charge au-delà de 10 kg et les mouvements extrêmes du bras droit. L'expert a retenu l'asthénie dans la mesure où le fonctionnement global de l'assurée ne permettait pas d'autre expression que la fatigue à une problématique complexe. Au

plan psychique, le fonctionnement, l'absence de mobilité dans l'approche globale de la situation, le lien avec la maladie et l'attente de la rente représentaient un dysfonctionnement détériorant la capacité de travail. Il n'y avait pas de limitations à exercer l'activité de direction. S'agissant de l'organisation de conférences à l'étranger, une diminution du taux d'activité de 25 à 30 % pouvait dans le doute être admise depuis 2002.

20. Le 26 septembre 2007, le Dr Q \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a en a tiré la conclusion que la capacité de l'assurée à exercer des tâches de direction était de 100 % et celle à organiser des conférences de 70 à 75 %, avec une diminution de rendement de 25 à 30 %. Il a estimé que cette capacité de travail ne pouvait être améliorée par des mesures médicales ou professionnelles et qu'on ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité.
21. Le 19 décembre 2007, une nouvelle enquête économique a été effectuée. La comparaison des champs d'activité a abouti à une incapacité de travail de 15 % (incapacité de 30 % dans l'organisation de conférences à l'étranger, représentant 50% du temps de travail). Le degré d'invalidité a été évalué selon la méthode extraordinaire, en reprenant les bases de calcul de l'enquête du 16 janvier 2007, et fixé à 16 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2002.
22. Le 15 janvier 2009, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a reconnu à l'assurée, compte tenu d'une incapacité de travail de 50% du 15 février 2002 - date d'échéance du délai de carence - au 31 mars 2002, le droit à une demi-rente d'invalidité limitée à la période du 1<sup>er</sup> février au 30 juin 2002. L'OAI a considéré qu'à compter du 1<sup>er</sup> avril 2002, le degré d'invalidité avait été insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
23. Par écriture du 28 janvier 2009 - adressée à l'OAI et transmise par ce dernier au Tribunal de céans comme objet de sa compétence -, l'assurée (ci-après la recourante) a contesté cette décision en concluant à l'octroi de prestations au-delà du 30 juin 2002. Elle allègue qu'ainsi qu'en a attesté son oncologue, son état de santé ne lui permet désormais plus de travailler à plus de 50%.
24. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 27 février 2009, a conclu au rejet du recours en rappelant que la jurisprudence accorde aux rapports établis par le médecin traitant une valeur probante moindre que celle qui doit être reconnue à des expertises médicales.
25. Le 4 mars 2009, la recourante a complété ses écritures en expliquant qu'elle a été soignée pour un cancer du sein à compter du mois de décembre 2000, qu'elle a été en arrêt de travail complet jusqu'en février 2002, qu'elle a subi six mois de chimiothérapie, une opération d'ablation et de reconstruction pratiquée en juin 2001, une radiothérapie en septembre 2001 et, enfin, une nouvelle opération

d'ablation de la prothèse en novembre 2001, suite à une grave infection nosocomiale, conséquence de la première opération.

La recourante conteste le degré d'invalidité qui lui est reconnu et se réfère à cet égard à l'avis du Prof. R\_\_\_\_\_, chef du Service d'oncologie des HUG, et à celui du Dr M\_\_\_\_\_, son médecin traitant, dont elle souligne qu'ils ont attesté que sa capacité de travail était réduite à 50% en raison d'une grande fatigabilité.

La recourante soutient que sa baisse de rendement n'est pas de 10% à 20%, mais de 50% dans la mesure où son activité de directrice générale est beaucoup plus difficile qu'avant son atteinte à la santé, qu'elle est très vite fatiguée et doit se contenter d'horaires allégés de quatre heures de travail par jour au lieu de huit.

26. Une audience s'est tenue en date du 7 mai 2009, au cours de laquelle a été entendu le Prof. R\_\_\_\_\_.

Ce dernier a indiqué n'avoir pas suivi personnellement l'assurée mais bien connaître sa situation. Il a expliqué que l'évaluation de la capacité de travail, dans des cas tels que celui de la recourante, s'avère délicate, dans la mesure où, aux éléments objectifs classiquement admis, s'ajoute également un cortège de répercussions émotionnelles et psychiques plus difficiles à apprécier. Le témoin a souligné que, même sept ans après le traitement, des risques de rechute demeurent, qui ne sont pas sans entraîner de conséquences au point de vue psychique.

Il a ajouté que si, en cas de chimiothérapie, la plupart des effets toxiques se résorbent dans les 18 à 24 mois, d'autres persistent, qui sont plus difficiles à apprécier sans examens sophistiqués. A titre d'exemple, le témoin a mentionné une neuropathie permanente (atteinte des petites terminaisons nerveuses entraînant des douleurs ou une limitation dans la motricité fine).

Selon le témoin, même dans le cas de la recourante, qui paraît *a priori* en bon état général, des conséquences subsistent sous forme d'une grande fatigabilité et d'une diminution de sa capacité de résistance physique et psychique. S'y ajoutent une désensibilisation fluctuante, augmentée en cas de stress, de la partie supérieure du corps, conséquence de la mutilation chirurgicale qu'elle a dû subir, ainsi qu'une tuméfaction fluctuante du membre supérieur droit - chez une patiente droitrière. Le témoin a admis que ces différents éléments ne présentaient certes pas, en soi, de caractère de gravité mais a souligné que cela ne les empêchait pas d'avoir des répercussions permanentes et gênantes.

Le témoin a eu connaissance de l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ sur laquelle s'est basé l'intimé. Selon lui, elle illustre parfaitement les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins. A son avis, le Dr O\_\_\_\_\_, interniste - à la

différence des spécialistes à l'opinion plus nuancée - ne peut apprécier véritablement les conséquences des traitements très lourds subis par la patiente.

Le témoin s'est cependant déclaré dans l'impossibilité de quantifier précisément l'altération de la capacité de résistance de la recourante, bien qu'il ait déclaré qu'elle n'était à son sens pas capable de travailler entre 2002 et 2004. Il a encore ajouté qu'il ne pensait pas qu'un accompagnement à la gestion du stress et de l'émotivité puisse avoir un effet, les symptômes tels que la fatigabilité, conséquence du traitement subi, ne pouvant être corrigés. Selon lui, la fatigabilité est incontestable, bien que difficile à expliquer. Le témoin a encore précisé que la recourante ne souffre pas des complications tardives qui peuvent apparaître dans une minorité de cas suite à la radiothérapie.

Le Prof. R\_\_\_\_\_ a expliqué que les dix à quinze dernières années ont vu le développement de la psycho-oncologie (qui étudie notamment les répercussions tardives d'une telle situation sur le patient), laquelle a apporté un éclairage beaucoup plus effrayant que celui auquel s'attendaient les médecins somaticiens, s'agissant de l'altération du comportement général des patients. Le témoin a suggéré que des investigations soient menées sur ce plan par le Prof. S\_\_\_\_\_, chef de service au Service de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), qui dispose d'une longue expérience de collaboration avec l'oncologie.

La recourante a quant à elle déclaré que sa résistance physique et émotionnelle est amoindrie au point qu'elle ne peut travailler plus qu'elle ne le fait actuellement. Elle a ajouté que le Dr M\_\_\_\_\_ lui a recommandé de diminuer son rythme de travail pour éviter une rechute.

A l'issue de l'audience, un délai a été imparti aux parties pour se déterminer sur l'éventualité d'une expertise confiée au Prof. S\_\_\_\_\_.

27. Le dossier a été soumis au Dr Q\_\_\_\_\_ qui, dans un avis daté du 18 mai 2009, a relevé qu'aucune affection psychique durable n'avait été mise en évidence. Il a souligné que si l'expert devait conclure à la présence d'une telle affection, il lui faudrait encore déterminer le moment à partir duquel elle a pu être considérée comme durable au sens de l'AI, c'est-à-dire persistant malgré les traitements entrepris. En cas de diagnostic de trouble de la personnalité, il y aurait lieu de déterminer si ce dernier était décompensé et si un traitement était exigible.
28. Le 30 octobre 2009, après avoir dûment informé les parties et les avoir invitées à faire valoir d'éventuels motifs de récusation, le Tribunal de céans a ordonné une expertise qu'il a confiée au Prof. S\_\_\_\_\_.
29. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise le 19 avril 2010.

Après avoir procédé à l'anamnèse, l'expert a relaté que l'assurée se plaint principalement d'être moins résistante au stress qu'avant sa maladie, d'être rapidement limitée dans sa capacité de travail, de se sentir épuisée en milieu de journée, ce qui se traduit par une diminution de ses capacités cognitives (baisse de concentration et de mémoire), une irritabilité importante avec des accès de colère aux moindres contraintes ou petites erreurs des collaborateurs, ainsi qu'une difficulté langagière, l'assurée se trompant de mots. Elle doit alors prendre une pause de quelques heures pour être à nouveau capable de travailler un court moment. Si la recourante peut encore faire des efforts physiques, toute situation professionnelle ou privée demandant de la concentration l'épuise et la vulnérabilise sur les plans cognitif et affectif (irritabilité et accès de colère), ce qui est également perçu par sa famille et ses collaborateurs. Sur le plan physique, la recourante évoque une difficulté parfois à bouger le bras droit, qui peut devenir douloureux et insensible à l'effort, des maux de tête et en cas de stress des maux de dos, des palpitations cardiaques ou des infections urinaires.

Sur le plan psychique, le médecin n'a constaté, hormis quelques traits de caractère sans valeur pathologique (difficulté à conflictualiser les relations, manque d'estime de soi, besoin de positiver et de banaliser des moments de souffrance personnelle, tendance à agir, recherche d'indépendance et attitude contrôlante), aucun signe de psychopathologie, de troubles de l'humeur ou de symptômes anxieux ou dépressifs. Il n'a pas non plus observé de perturbation cognitive majeure évoquant une organicité, de trouble de la pensée, de trait de caractère signe d'un trouble de la personnalité ou de déficit intellectuel.

La recourante a été soumise à des tests psychométriques.

Le *Symptom Check-List* (SCL-90R), auto-questionnaire mesurant différentes dimensions psycho-pathologiques telles que l'anxiété, l'hostilité, la somatisation ou les symptômes dépressifs et obsessionnels, a révélé un score de gravité globale de 0.42, un score de diversité de symptômes de 19 et un score de degré de malaise de 2. Il a été expliqué que les patients psychiatriques ambulatoires obtiennent en moyenne des scores de gravité globale de 1.26, de diversité de symptômes de 50 et de degré de malaise de 2.14, contre des moyennes de 0.31 pour la gravité globale, de 19 pour la diversité de symptômes et de 1.32 pour le degré de malaise chez les sujets sains. Le score de gravité globale de psychopathologie de la recourante dépassait donc légèrement la norme, celui de diversité de symptômes était dans la norme et celui de degré de malaise dans la moyenne des patients psychiatriques. Ainsi, si les symptômes psychopathologiques de la recourante étaient très peu nombreux, ils revêtaient en revanche une intensité importante.

Le *Hospital Anxiety and Depression Scale*, auto-questionnaire mesurant la présence de symptômes anxieux et dépressifs souvent utilisé chez des personnes souffrant de

pathologies somatiques, a conduit à un score de 8 sur 42, soit en-dessous du seuil de pathologie (lequel se situe à 11).

Sur l'échelle de dépression de Hamilton, remplie par l'observateur et portant sur 21 symptômes dépressifs évalués durant l'entretien, la recourante a obtenu un score de 6 sur 60, situé bien en-dessous du seuil identifiant une pathologie dépressive ou anxieuse.

L'échelle de fatigue de Piper visant à évaluer la fatigue causée par une maladie oncologique ou son traitement (mesurant quatre sous-dimensions de la fatigue dans lesquelles on peut obtenir un score entre 0 et 10, 10 étant le score indiquant une perturbation maximale) a conduit à un résultat de 6.15 en termes d'intensité de la fatigue et d'impact sur les activités physiques et sociales, de 5.6 en termes de ressenti du patient concernant sa fatigue, de 2.2 en termes de caractéristiques et nature de la fatigue éprouvée par le patient, de 4.0 en termes d'impact de la fatigue sur la cognition et l'humeur, soit un score global de 4.5 sur 10, correspondant à une fatigue d'intensité modérée.

L'expert a également procédé à une recherche non exhaustive dans la littérature médicale sur la fatigue chez les femmes traitées pour un cancer du sein, qu'il a résumée comme suit. Par rapport à une population générale de femmes du même âge, environ 30% des femmes ayant survécu à un cancer du sein se plaignent d'une fatigue importante et persistante qui doit être considérée comme chronique et intraitable. Ces états de fatigue et de fatigabilité sont plus fréquents chez les patientes traitées avec différentes modalités de traitements (chirurgie et radiothérapie ou chirurgie et radiothérapie et chimiothérapie), chez les patientes présentant des troubles psychologiques - notamment des états dépressifs -, des douleurs ou des troubles du sommeil, mais ne semblent en revanche pas associés à un statut de ménopause. En ce qui concerne l'étiologie, différentes hypothèses sont discutées, telles que l'effet cumulatif de différentes formes de traitements, le conditionnement durant l'application des traitements ou des troubles psychologiques. En ce qui concerne d'éventuels liens entre les états de fatigue et les troubles psychologiques chez des femmes ayant survécu à un cancer du sein, différentes hypothèses sont envisagées : fatigue comme symptôme d'un état dépressif, dépression coexistant avec un état de fatigue, dépression comme conséquence d'un état de fatigue ou la présence d'un mécanisme sous-jacent expliquant la fatigue et l'état dépressif. Des recherches très récentes se concentrent sur d'éventuelles altérations neuroendocriniennes et immunologiques (niveau de cortisone et d'interleukines) qui pourraient être à l'origine des états de fatigue et de fatigabilité suite au traitement pour le cancer du sein.

S'agissant plus particulièrement de la recourante, l'expert a considéré que ses plaintes paraissaient tout à fait crédibles vu l'absence de signe d'inconsistance ou de contradiction dans son récit et compte tenu des résultats au questionnaire consacré à

l'évaluation de la fatigue après une maladie oncologique et ses traitements. Sur le plan psychiatrique, aucune pathologie psychiatrique ne pouvait être mise en évidence par l'évaluation clinique et par les questionnaires psychométriques. Une dépression majeure, un abus de substance, un trouble anxieux ou d'autres troubles psychiatriques (par exemple somatisation ou organicité cérébrale) qui pourraient induire des états de fatigue ou de fatigabilité pouvaient être exclus.

L'expert a en outre souligné que l'hypothèse selon laquelle le fonctionnement psychique non pathologique de la recourante (crainte des conflits, besoin de contrôle, estime de soi fragile et difficultés d'introspection) pouvait être à l'origine de sa fatigabilité devait être écartée. En effet, selon lui, le parcours de la recourante montre que ce fonctionnement ne l'a pas empêchée d'affronter des contraintes de vie très importantes sans développer de symptômes physiques ou psychiques entravant sa capacité de travail. Compte tenu de la précision des plaintes de la recourante et de son histoire médicale, le Prof. S\_\_\_\_\_ a également exclu que la fatigabilité relève de la somatisation, trouble psychiatrique difficile à diagnostiquer.

L'expert a ainsi conclu que la fatigabilité (d'intensité modérée) constatée était vraisemblablement liée au traitement subi contre le cancer du sein et persistait depuis de manière constante.

30. Le 31 mai 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_ a souligné que l'entité clinique liée à l'état de fatigue après cancer n'était pas reconnue, on ne pouvait conclure à la présence d'une affection ayant une répercussion durable sur la capacité au travail et justifiant une incapacité durable de 50 %. Il a émis l'avis qu'il n'était pas admissible de se référer à la littérature concernant une minorité de femmes pour trouver une explication médicale à la fatigue alléguée par la recourante, en l'absence d'affection psychiatrique et que les conclusions de l'expertise devaient donc être écartées même si l'expertise en elle-même apparaissait claire, détaillée et convaincante.
31. Se référant à cet avis, l'intimé, dans sa détermination du 17 juin 2010, a rappelé que les plaintes subjectives d'un assuré ne suffisent pas à fonder une invalidité; encore faut-il qu'elles soient étayées par des observations médicales objectives.
32. La recourante a quant à elle persisté dans ses conclusions.

### **EN DROIT**

1. Les questions de recevabilité du recours, du droit applicable et de la compétence du Tribunal de céans ayant d'ores et déjà été tranchées dans l'ordonnance d'expertise, il n'y a pas lieu d'y revenir.
2. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 juin 2002.

3. Selon les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à une rente entière s'il est invalide à  $66\frac{2}{3}$  % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 50 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. a LAI).

Aux termes de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 28 février 2003, lorsque la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue de manière significative, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations, lorsqu'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.

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<sup>er</sup> LPGA et 4 al. 1<sup>er</sup> LAI). L'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (ATF non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).
5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2).

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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 du 29 septembre 2008, 9C\_405/2008, consid. 3.2).

6. 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 126 V 353, consid. 5b; ATF 125 V 193, consid. 2). 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 et le défaut de preuve

va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2; ATF 126 V 319, consid. 5a).

7. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF du 6 novembre 2007, I 421/06, consid. 3.1; ATF du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Il se justifie d'appliquer les mêmes exigences aux symptômes non douloureux, tels que la fatigue, qui ne sont expliqués par aucun substrat somatique.
8. En l'espèce, la recourante allègue que la fatigue qu'elle ressent depuis sa guérison en 2002 entraîne une incapacité de travail de 50 %.

S'agissant des certificats établis par le Dr M \_\_\_\_\_, auxquels se réfère pour l'essentiel la recourante, il faut relever que ce dernier avait dans un premier temps établi un certificat de reprise du travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2002. Ce médecin est certes revenu sur cette évaluation de la capacité de travail de sa patiente dans son courrier à l'intimé du 8 février 2004, dans lequel il a déclaré que l'incapacité de travail était en réalité de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2002. Cette nouvelle appréciation n'est cependant guère convaincante, compte tenu des indications fournies précédemment par le Dr M \_\_\_\_\_. Outre le fait que ce dernier a indiqué dans son rapport du 23 novembre 2003 que la capacité de travail de la recourante était totale et qu'elle ne subissait aucune baisse de rendement, il a également évoqué la fatigabilité de la recourante dans ses courriers du 13 septembre 2002 et du 14 janvier 2003 au Dr L \_\_\_\_\_. Cela démontre que la recourante avait fait part de ce symptôme au Dr M \_\_\_\_\_, sans que celui-ci ne modifie pour autant ses conclusions sur sa capacité de travail. Dans ces conditions, on s'étonne que le courrier du 8 février 2004 fasse soudain état d'une incapacité de 50 % perdurant depuis le 1<sup>er</sup> avril 2002. Cette appréciation nouvelle n'est d'ailleurs justifiée que par la mention de l'âge de la recourante et du traitement chimiothérapeutique que cette dernière a subi, sans autre motivation médicale. S'il est incontestable que les traitements administrés à la recourante étaient lourds, il s'agit là - comme pour l'âge de la recourante - d'un élément qui était déjà connu du Dr M \_\_\_\_\_ lorsque celui-ci s'est prononcé sur la reprise du travail de la recourante à plein temps en 2002, puis lors des consultations annuelles ultérieures.

Quant aux déclarations du Prof. R\_\_\_\_\_, on relève qu'elles sont essentiellement théoriques puisqu'il n'a pas suivi personnellement la recourante.

S'agissant de l'expertise réalisée par le Dr O\_\_\_\_\_, le Tribunal de céans relève que l'expert a tenu compte du dossier complet de la recourante. Il s'est entretenu avec elle, a relayé ses plaintes, a procédé à un examen clinique et a posé des diagnostics précis. Il a notamment relevé que l'état de santé général de la recourante était bon. Bien que l'expert ait déclaré qu'il était impossible de reconstituer *a posteriori* un éventuel lien entre la maladie cancéreuse et l'asthénie alléguée et qu'il ait préconisé une évaluation par un psychiatre afin de déterminer si celle-ci n'était pas liée à une maladie psychique, il a néanmoins pris des conclusions sur la capacité de travail de la recourante du point de vue somatique. Cela étant, on peine à comprendre les raisons qui ont motivé l'admission d'une incapacité de travail de 30 % dans certaines activités. Cette évaluation paraît pour le moins généreuse puisque l'expert précise qu'il n'existe aucun constat objectif permettant d'expliquer la fatigabilité dont se plaint l'assurée, et qu'il y aurait lieu de retenir ce taux d'incapacité "dans le doute". Or, ainsi que cela a été rappelé plus haut, il n'existe pas, en matière d'assurances sociales, de principe selon lequel le doute devrait profiter à l'assuré. De plus, à la teneur de la jurisprudence évoquée plus haut, la fatigabilité qui motive l'incapacité de travail retenue n'est pas propre, du point de vue juridique, à entraîner une invalidité lorsqu'elle n'est pas étayée par un substrat organique. Partant, si l'expertise correspond aux réquisits jurisprudentiels sur le plan médical et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, il se justifie néanmoins de s'écarter des conclusions de l'expert, lesquelles ne peuvent être suivies au vu de la jurisprudence. Cela demeure toutefois sans incidence sur l'issue du présent litige dès lors que l'incapacité de travail de la recourante est de toute manière insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.

Quant à l'expertise réalisée par le Prof. S\_\_\_\_\_, elle appelle les commentaires suivants. Si l'expertise est convaincante dans son exposé, elle ne permet pas non plus de retenir une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi et de la jurisprudence. En effet, le Prof. S\_\_\_\_\_ a expressément exclu que la lourdeur du traitement et les craintes d'une éventuelle récurrence tumorale aient entraîné chez la recourante des troubles psychiques invalidants, comme l'avait suggéré le Prof. R\_\_\_\_\_. L'imputation de la fatigabilité aux traitements contre le cancer ne repose donc pas sur un diagnostic psychiatrique susceptible d'expliquer les symptômes dont se plaint la recourante en l'absence de dysfonctionnements organiques, de sorte qu'on ne peut retenir un lien de causalité entre le cancer et la fatigabilité. En outre, s'agissant de la littérature médicale résumée par le Prof. S\_\_\_\_\_, il sied de relever que si elle révèle des statistiques intéressantes, le pourcentage articulé de femmes souffrant de fatigue importante après avoir survécu à un cancer du sein (30%) ne suffit pas à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que la fatigabilité est une complication ou une séquelle du traitement du cancer du sein.

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assurée à une demi-rente au-delà du 30 juin 2002.

La décision de l'intimé, prévoyant le versement d'une demi-rente d'invalidité correspondant à une incapacité de travail de 50 % limitée dans le temps, servie dès l'issue du délai de carence d'une année (soit le 1<sup>er</sup> février 2002) jusqu'au 30 juin 2002 (soit trois mois après la fin de l'incapacité de travail), est ainsi conforme au droit.

9. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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