

GE_GERICHTE A/1275/2015 vom 8. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1275_2015

FR: GE_GERICHTE A/1275/2015 du 8 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/1275/2015 del 8 dicembre 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.12.2015 A/1275/2015

A/1275/2015 ATAS/938/2015 du 08.12.2015 (AI) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1275/2015 ATAS/938/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 8 décembre 2015 2 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née B_____ le _____ 1958 au Portugal, a épousé le 20 août 1977 Monsieur A_____, déjà père de deux enfants nés respectivement en 1969 et 1971. Le couple a eu deux enfants, nés respectivement en 1979 et 1985. Toute la famille s'est installée à Genève en 1986. L'assurée a travaillé dans différents emplois, comme aide de cuisine, femme de ménage, caissière dans une cafétéria d'école, puis comme nettoyeuse à l'aéroport de Genève. Elle sera licenciée de ce dernier emploi avec effet au 31 octobre 2011. !endif]>![if> 2. L'assurée a connu des problèmes dépressifs depuis 2003, dans le contexte du décès de son père en 2003 et de sa mère en 2006, ainsi que de la maladie de Gilles de la Tourette dont son fils cadet s'est avéré atteint. !endif]>![if> 3. Le matin du 14 mai 2011, lors d'un pèlerinage au Portugal durant des vacances (alors qu'elle venait d'avoir un arrêt de travail pour une intervention du tunnel carpien droit), l'assurée, victime d'un malaise sans prodrome, est tombée de sa hauteur et s'est blessée à la pommette droite et à l'arcade sourcilière droite. Elle a repris connaissance dans l'ambulance la conduisant à l'hôpital, où elle est restée en observation pour la journée. Elle s'est plainte de céphalées et de vertiges sans nausée. Un volumineux hématome en lunette du côté droit est apparu. Le CT-scan cérébral réalisé n'a pas montré de lésion traumatique. Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) a été retenu. De retour à Genève le 18 mai 2011, elle a consulté son médecin de famille – la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine générale –, qui lui a prescrit des antalgiques et du repos, et lui a établi un certificat d'incapacité de travail dès le 14 mai 2011, régulièrement renouvelé par la suite. !endif]>![if> 4. La caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents SUVA (ci-après : SUVA) a pris en charge les conséquences de cet accident non professionnel. !endif]>![if> 5. L'assurée a continué à se plaindre de maux de tête et de vertiges avec troubles de l'équilibre accompagnés d'une peur de sortir de son domicile. Un examen cardiologique n'a pas révélé d'anomalie pouvant être à l'origine de la syncope qu'elle avait faite (rapport du 5 août 2011 du docteur D_____, spécialiste FMH en cardiologie). Un examen neurologique n'a pas objectivé d'anomalie particulière (rapport du 1 er septembre 2011 du docteur E_____, spécialiste FMH n neurologie). !endif]>![if> 6. L'assurée a séjourné du 3 au 6 octobre 2011 à la clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR)

pour une évaluation interdisciplinaire, avec les diagnostics primaires de TCC léger sur malaise syncopal le 14 mai 2011 et symptôme post-commotionnel et dysthymie, et les comorbidités d'hypertension artérielle traitée, d'hypercholestérolémie, de lombalgies et cervicalgies récidivantes non spécifiques, de ménopause précoce à l'âge de 35 ans et de status après cure de tunnel carpien droit. À teneur du rapport d'évaluation interdisciplinaire de la CRR adressé le 13 octobre 2011 à la SUVA, signé par les docteurs F_____, spécialiste FMH en neurologie, et G_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et accompagné de plusieurs rapports (à savoir d'un rapport de psychiatrie, du docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'un rapport de neurologie, du Dr F_____, et d'un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles, du physiothérapeute I_____), les plaintes de l'assurée consistaient en des céphalées et vertiges s'accompagnant d'une perte de mémoire et de concentration et d'une fatigue intense ; elle se disait déprimée, irritable et annonçait également une phonophobie. Cependant, l'examen physique était sans particularité : il ne révélait aucune limitation de l'appareil locomoteur, et le rachis cervical en particulier était bien mobile. L'examen neurologique spécialisé était rassurant : il ne montrait pas de signe de latéralisation, de nystagmus ni de franche latéro-déviation aux épreuves de stabilisation (bien que l'assurée ressentait l'apparition de sensations vertigineuses lors de la manœuvre d'all-pike vers la droite). Malgré les différentes plaintes cognitives de l'assurée, l'examen neuropsychologique était rassurant, les performances mesurées ne reflétant au demeurant pas le réel potentiel cognitif de l'assurée. L'IRM cérébrale pratiquée se révélait normale, sans évidence de séquelle de contusion post-traumatique ni de collection juxta- ou intra-durale. Lors de l'entretien psychiatrique, la cognition de l'assurée était bonne ; il n'y avait ni trouble de mémoire, ni ralentissement moteur, ni agitation ; le discours était cohérent ; l'examen psychiatrique mettait en évidence des éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur d'une sévérité insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ; l'intensité de la fluctuation du tableau évoquait un diagnostic de dysthymie, cicatriciel d'un épisode dépressif réactionnel au décès de la mère de l'assurée ; il n'y avait pas de symptomatologie dépressive anxieuse significative d'un diagnostic, de critère de trouble de personnalité ou de signe floride de la série psychotique. En conclusion, l'assurée avait présenté un TCC léger sans conséquences, mais un examen otoneurologique devait encore être pratiqué pour exclure formellement la possibilité d'une atteinte vestibulaire ou des vertiges positionnels paroxystiques bénins. Le pronostic était théoriquement excellent, mais l'intensité de la douleur ressentie, le handicap allégué, la résistance opiniâtre aux traitements étaient des signaux d'alerte venant pondérer l'optimisme du diagnostic, et plusieurs facteurs contextuels étaient défavorables (longue durée de l'inactivité, maladie d'un des fils, antécédents d'un trouble dépressif, complexité biopsychosociale). Sur le plan thérapeutique, l'accent devait être mis sur la réassurance de l'assurée ; une hospitalisation à la CRR pour prise en charge multidisciplinaire permettrait de rassurer pleinement l'assurée et d'améliorer ses plaintes. 7. D'après un rapport du 28 novembre 2011 du docteur J_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, une légère hypoacousie d'aspect symétrique était observable ; il pouvait s'agir d'une forme d'atteinte familiale ou congénitale, et l'éventualité d'une oto-sclérose débutante ne pouvait être exclue ; concernant l'acouphénie, il n'y avait pas de traitement spécifique pour les acouphènes mentionnés par l'assurée. Dans un rapport du 10 février 2012, le docteur K_____, oto-neurologue au centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a retenu le diagnostic d'un léger déficit vestibulaire périphérique droit, canalaire et

otolytique séquellaire au TCC subi le 14 mai 2011, à associer à un syndrome post-commotionnel et à un état anxieux. Ledit médecin a proposé une prise en charge de thérapie vestibulaire orientée sur la conscience corporelle et la perception du mouvement. La physiothérapie vestibulaire mise en place n'a pas produit d'amélioration. 8. Par une requête datée du 17 août 2012, reçue le 20 août 2012, envoyée à l'invitation de la SUVA, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou intimé) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) « Mesures professionnelles/Rente ». Concernant son atteinte à la santé, elle y a mentionné un TCC léger sur malaise syncopal avec syndrome post-commotionnel, survenu le 14 mai 2011, ayant provoqué une totale incapacité de travail perdurant toujours. 9. Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations AI, l'OAI a eu accès au dossier constitué auprès de la SUVA. 9. Le 2 octobre 2012, le médecin d'arrondissement de la SUVA a proposé une nouvelle évaluation globale de l'assurée à la CRR, une fois qu'un examen neuropsychologique aurait été effectué. 10. Dans un rapport médical du 16 novembre 2012, la doctoresse L_____, psychiatre suivant l'assurée, a retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent alors moyen, préexistant à l'accident du 14 mai 2011 mais s'étant péjoré depuis ledit accident. 11. D'après un rapport du 18 décembre 2012 des docteurs M_____, neurologue FMH, N_____, neuropsychologue, et O_____, psychiatre consultant, l'évaluation clinique attestait de la persistance de difficultés attentionnelles significatives (globalement stables en comparaison des résultats obtenus antérieurement, sans fluctuation ni discordance), à mettre au compte de facteurs étiologiques multiples, dont les céphalées, une problématique anxio-dépressive majeure avec insomnie et un contexte de vie difficile. La poursuite d'un soutien psychothérapeutique était indispensable, et l'assurée était instamment incitée à s'impliquer dans des activités stimulantes sur le plan cognitif et social et à veiller à une bonne hygiène de vie. 12. Par une communication du 17 janvier 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'au vu des investigations effectuées, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé, et qu'il attendrait le rapport du séjour qu'elle allait vraisemblablement faire à la CRR pour se déterminer sur son droit aux prestations. En cas de désaccord avec cette communication, l'assurée pouvait demander que l'OAI rende une décision sujette à recours (ce que l'assurée n'a pas fait). 13. L'assurée a séjourné à la CRR du 26 mars au 17 avril 2013, au service de réadaptation en neurologie, avec le diagnostic principal de réadaptation neurologique de troubles de l'équilibre vestibulaire périphérique, les diagnostics supplémentaires de TCC léger sur malaise syncopal le 14 mai 2011 et léger déficit vestibulaire périphérique droit, post-traumatique, et les comorbidités de dysthymie, d'hypertension artérielle, d'hypercholestéromie et de tabagisme actif. À teneur du rapport de la CRR adressé le 6 mai 2013 à la Direction Cantonale de la SUVA et en copie à l'OAI, signé par les doctoresse P_____, spécialiste en neurologie, Q_____, médecin assistant au service de réadaptation en neurologie, et le Dr F_____, les plaintes de l'assurée étaient des maux de tête permanents depuis l'accident du 14 mai 2011, ainsi que des vertiges et parfois des nausées en rapport avec les changements de position. Les problèmes suivants avaient été évalués durant ce séjour à la CRR : · Sur le plan neurologique, les RX de colonne cervicale réalisés sur les plans statique et fonctionnel ne montraient pas d'anomalie ; l'IRM cérébrale était normale ; il n'y avait notamment pas de lésion des mastoïdes, de l'oreille moyenne et du cavum. · Sur le plan cognitif, l'examen neuropsychologique montrait une évolution favorable en regard du bilan

réalisé à la CRR en octobre 2011, avec une normalisation des performances mnésiques antérogrades verbales, une diminution du ralentissement et des difficultés attentionnelles ; il persistait des ressources attentionnelles fluctuantes et abaissées, pouvant avoir un lien avec les aspects thymiques et algiques. ![endif]>![if> · Du point de vue psychiatrique, l'assurée était connue depuis environ sept ans pour une symptomatologie dépressive réactionnelle au décès de sa mère, et suivait depuis lors un traitement psychotrope et une psychothérapie avec une psychologue, ainsi que des contrôles psychiatriques ; l'assurée présentait une thymie stable. ![endif]>![if> · Concernant les fonctions vestibulaires, une évaluation oto-neurologique avait été réalisée par le docteur R_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale ; les examens spécialisés (dont l'audiogramme tonal, le tympanogramme, les réflexes stapédiens et le potentiel auditif précoce du tronc cérébral) n'avaient pas donné de résultats pathologiques expliquant la symptomatologie annoncée par l'assurée ; l'audiogramme tonal ne montrait pas d'aggravation de l'audition à gauche et l'acouphène subjectif n'avait pas de substrat objectif. La physiothérapie vestibulaire mise en place au cours du séjour à la CRR n'avait pas apporté d'amélioration du point de vue subjectif, mais une amélioration globale de la fonction d'équilibration avait été objectivée en fin de séjour. ![endif]>![if> · Concernant le contrôle postural, une amélioration avait été constatée s'agissant de la dépendance visuelle à l'épreuve statique bipodale et unipodale, de même de la stratégie proprioceptive-visuelle (même si celle-ci restait insuffisante). L'assurée n'avait présenté ni nausées ni vomissements (ni durant ni en dehors des thérapies effectuées), et aucune limitation n'avait été relevée (ni lors des différentes activités et de la physiothérapie, ni dans la vie quotidienne). Aucune proposition de poursuite ambulatoire n'était formulée, et l'assurée avait été instruite à un programme d'exercices à domicile. ![endif]>![if> · Sur le plan cardio-vasculaire, le profil tensionnel de l'assurée restait stable, avec des systoliques toujours élevées et des diastoliques normales. Il appartenait au médecin traitant de réévaluer ultérieurement la situation à cet égard. ![endif]>![if> · Compte tenu d'une ménopause précoce, le bilan hormonal était normal. ![endif]>![if> En conclusion, du point de vue médical, la situation était stabilisée. L'évaluation pluridisciplinaire n'avait pas montré de substrat objectif en rapport avec l'accident du 14 mai 2011 pouvant expliquer l'importance des symptômes décrits par l'assurée. L'incapacité de travail de cette dernière avait été prolongée, le 16 avril 2013, jusqu'au 30 avril 2013 pour permettre à l'assurée d'entreprendre des démarches auprès de l'assurance-chômage. L'assurée avait une capacité de travail à plein temps et un plein rendement dès le 1^{er} mai 2013. 14. Par courrier du 7 mai 2013 – répondant à une lettre que l'assurée avait écrite à la SUVA (et aussi à l'OAI) le 19 avril 2013 pour contester l'avis de la D^{resse} Q_____ de la CRR du 16 avril 2013 la déclarant apte à travailler à 100 % à partir du 1^{er} mai 2013, alors qu'elle avait des maux de tête, souvent des vertiges, une grosse fatigue, parfois des malaises avec des pertes de mémoire, et pour demander une contre-expertise –, les Dr P_____ et F_____ de la CRR ont indiqué à l'assurée que les investigations effectuées durant son séjour à la CRR n'avaient pas montré d'atteinte à la santé pouvant justifier la reconnaissance d'une incapacité de travail. Ils lui avaient expliqué que la démarche à effectuer, vu qu'elle n'avait plus d'emploi, était de s'annoncer à l'assurance-chômage et de revoir son médecin dans le but de discuter de la poursuite de la prise en charge psychiatrique. ![endif]>![if> 15. Par décision du 23 mai 2013, communiquée aussi à l'OAI, la SUVA a mis un terme à ses prestations et clos le dossier de l'assurée, reconnue capable de travailler à 100 % dès le 1^{er} mai 2013. Les troubles qu'elle présentait encore n'étaient plus en relation de causalité pour

le moins probable avec un accident assuré ; les conséquences délétères de l'accident du 14 mai 2011 étaient éteintes ; une incapacité de travail serait à la charge de l'assurance-maladie. Cette décision était susceptible de faire l'objet d'une opposition dans un délai de trente jours ; à défaut d'opposition, elle passerait en force. ![/endif]>![if> Il n'apparaît pas que l'assurée a contesté cette décision. 16. Sur préavis du 23 août 2013 de son Service médical régional (ci-après : SMR) – considérant que l'évaluation pluridisciplinaire effectuée lors du second séjour de l'assurée à la CRR n'avait pas établi de substrat objectif par rapport à l'accident du 14 mai 2011 mais n'avait pas comporté d'avis psychiatrique –, l'OAI, par une communication du 10 octobre 2013, a indiqué à l'assurée qu'il entendait la soumettre à une expertise psychiatrique, qui serait confiée au docteur S_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, et il lui a soumis les questions qui seraient posées à l'expert. ![/endif]>![if> 17. Le Dr S_____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique le 13 janvier 2014. ![/endif]>![if> Ce rapport relate l'anamnèse de l'assurée, ainsi que les plaintes de cette dernière (disant ne pas pouvoir travailler en raison de vertiges, de maux de tête, d'un blocage au niveau des cervicales, de fatigue, et mal supporter son inactivité). Il décrit le statut clinique de l'assurée : cette dernière était bien orientée dans les trois modes (temps, espace, situation) ; la compréhension et la mémoire d'anciens souvenirs étaient dans la norme, mais la concentration et la mémoire des faits récents étaient légèrement perturbées ; l'assurée ne présentait pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté ; il n'y avait pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Il n'y avait ni idées interprétatives ni idées de concernement, simples ou délirantes. L'assurée disait être triste tout le temps et pleurer souvent (ce qui n'avait pas été objectivé durant l'entretien avec l'expert) ; l'humeur était très légèrement dépressive. Il n'y avait pas de signe en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Il y avait présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, mais pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. L'élan vital était relativement bien conservé ; il n'y avait pas d'idées noires ou d'envies suicidaires ; l'assurée n'avait – à la connaissance de l'expert – jamais fait de tentative de suicide ni été hospitalisée en milieu psychiatrique. L'assurée disait mal dormir. Il n'y avait pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuite dans les idées, pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Dans le registre anxieux, l'assurée présentait des tensions nerveuses et une irritabilité surtout depuis l'accident ; il n'y avait pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'une claustrophobie, agoraphobie ou phobie sociale. Il n'y avait ni signes de stress post-traumatique, ni souvenirs envahissants, ni rêves ou cauchemars. Il n'y avait ni boulimie ni anorexie. Il n'y avait pas de signes ou de symptômes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool ; l'assurée fumait sept cigarettes par jour, mais ne consommait pas de cannabis, d'héroïne ou de cocaïne, ni de substances excitantes comme des amphétamines ou l'ecstasy. Sur le plan médical, l'assurée était suivie par un psychiatre (dont elle ne se souvenait pas du nom). Le rapport indique les résultats du dosage plasmatique des médicaments pris par l'assurée (antidépresseurs, analgésiques et sédatifs/hypnotiques). L'expert n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome post-commotionnel après l'accident du 14 mai 2011, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une dysthymie et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité frustrée). L'expert a indiqué n'avoir pas pu retenir de signes ou symptômes d'un trouble dépressif, mais plutôt d'une dysthymie, non handicapante. L'assurée avait fait un syndrome post-commotionnel à la suite d'un accident,

soit – selon la CIM-10 – un syndrome d'un traumatisme crânien, d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance, comportant de nombreux symptômes variés (céphalées, sensation vertigineuse, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales avec altération de la mémoire, insomnie, diminution de la tolérance au stress). L'évolution habituelle allait vers l'hypocondrie et l'adoption d'un rôle de malade. En conclusion, après étude du dossier et examen de l'assurée, l'expert affirmait que du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de signes ou symptômes justifiant une incapacité de travail. Il proposait de prendre la date du 1^{er} mai 2013 retenue par la CRR comme date à partir de laquelle l'assurée était capable de travailler à 100 % dans son ancien travail. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées. 18. Dans un rapport du 1^{er} mai 2014, le SMR a relaté l'avis de l'expert psychiatre, dont le rapport d'expertise était convaincant : à la suite d'une chute avec perte de connaissance, l'assurée avait très vraisemblablement développé un syndrome post-commotionnel évoluant vers un trouble somatoforme ; la comorbidité psychiatrique présente sous la forme d'une dysthymie était non incapacitante ; il n'y avait ni cristallisation psychique, ni isolement social. Les médecins de l'assurée, à savoir les docteurs T_____ et U_____, n'avaient pas encore retourné à l'OAI le questionnaire que l'OAI leur avait adressé. 19. Vers la fin mai 2014, le Dr T_____ a indiqué à l'OAI que, ne connaissant l'assurée que depuis le 28 mars 2014, il ne pouvait se prononcer ; les services de l'OAI connaissaient sûrement mieux que lui la trajectoire de l'assurée. Il a indiqué que les médecins à même de continuer à donner des informations étaient le docteur V_____, psychiatre de l'assurée, et la « rhumatologie à Beau-Séjour ». Il a transmis à l'OAI le dernier rapport de l'Hôpital Beau-Séjour. Ce rapport – daté du 16 avril 2014 et signé par les docteurs W_____ et U_____, respectivement médecin adjoint agrégé et médecin interne au service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) – portait sur une évaluation diagnostique et thérapeutique de rachialgies et douleurs diffuses de l'assurée. Cette dernière présentait des rachialgies diffuses chroniques d'allure mécanique, sans douleur irradiante franche, dans un contexte de syndrome douloureux chronique probable et un état anxio-dépressif important. Un examen de la colonne totale devrait avoir lieu prochainement pour visualiser, par imagerie, d'éventuels troubles statiques. Une longue discussion avait eu lieu avec l'assurée et son mari sur les causes probablement musculaires des douleurs et les bénéfices d'une reprise d'activité. L'assurée débiterait un traitement antalgique, un réentraînement et une réharmonisation musculaire du rachis, ainsi qu'une balnéothérapie dans le contexte d'une prise en charge de physiothérapie, de rééducation et remobilisation progressive. Il semblait nécessaire, d'un point de vue psychiatrique, de reprendre un suivi et d'adapter éventuellement les dosages médicamenteux, voire de discuter d'un autre traitement. Un rendez-vous était prévu pour juillet 2014. 20. Le 17 juin 2014, les docteurs X_____, médecin agrégé adjoint, et U_____ dudit service des HUG ont transmis à l'OAI copie du rapport précité du 16 avril 2014, en précisant qu'ils n'étaient pas en mesure de fournir un rapport détaillé du fait que l'assurée avait été vue dans le cadre de leur consultation ambulatoire de rhumatologie à une seule reprise, le 11 avril 2014, et qu'il fallait s'adresser au médecin traitant de l'assurée. 21. Dans un rapport du 3 juillet 2014 adressé au Dr T_____, les docteurs W_____ et Y_____, médecin interne, du même service des HUG ont relevé que, depuis sa dernière consultation, l'assurée avait bénéficié de physiothérapie active, notait une amélioration de ses douleurs d'environ 15 % et avait légèrement augmenté son temps de marche maximal (35 minutes au lieu de 30). Du point de vue thymique, elle était suivie par

une psychologue. À l'examen clinique, l'assurée était en bon état général ; la mobilité du rachis lombaire était bonne, avec cependant une flexion dorsale limitée et des douleurs à la palpation paravertébrale dorsale gauche. L'examen EOS qui avait été pratiqué le 22 avril 2014 ne mettait pas en évidence de gros troubles de la statique, mais uniquement une pente sacrée légèrement diminuée, correspondant à une rétroversion pelvienne ; l'inclinaison pelvienne et la lordose lombaire étaient dans la norme. L'évolution semblait ainsi favorable avec une prise en charge de physiothérapie active et psychologique. Un contrôle interviendrait à fin septembre 2014. !endif>![if> 22. Dans un rapport du 10 novembre 2014, le SMR, faisant référence au courrier et des rapports précités respectivement du Dr T_____ et du service de rhumatologie des HUG, a indiqué que son appréciation antérieure n'était pas modifiée, à savoir que l'assurée a présenté un syndrome commotionnel suite à une chute/malaise le 14 mai 2011, mais que l'évolution avait été favorable, permettant une restauration de sa capacité de travail exigible dès le 1^{er} mai 2013 sur les plans tant somatique que psychiatrique, selon respectivement le rapport de la CRR du 6 mai 2013 et du rapport d'expertise du Dr S_____ du 13 janvier 2014. !endif>![if> 23. Le 10 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision d'acceptation de rente, admettant de lui octroyer une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100 % (83 % dans la sphère professionnelle, où elle avait été et serait restée active à 83 % [35 heures par semaine sur un plein temps de 42½ heures hebdomadaires] + 17 % dans la sphère ménagère), du 1^{er} février 2013 (six mois après le dépôt de la demande de prestations de l'AI) au 31 juillet 2013 (trois mois après l'amélioration constatée). Il résultait des éléments versés au dossier que l'état de santé de l'assurée aurait permis à cette dernière, dès le 1^{er} mai 2013, d'exercer son activité habituelle ainsi que toute autre activité à plein temps et à plein rendement. Son état de santé s'était amélioré dans une telle mesure qu'il lui aurait permis de reprendre son activité lucrative à hauteur de 83 %, et il n'y avait plus de raison de retenir d'empêchement dans la sphère ménagère. Son droit à la rente serait supprimé trois mois après l'amélioration constatée, soit au 31 juillet 2013. L'assurée avait la possibilité de faire part de ses éventuelles objections dans un délai de trente jours. !endif>![if> 24. Le 15 décembre 2014, l'OAI a transmis à la caisse de compensation de la fédération des entreprises romandes FER CIAM (ci-après : FER CIAM), comme objet de sa compétence, une communication de son prononcé, étant précisé que la FER CIAM versait déjà une rente de vieillesse à l'époux de l'assurée et qu'il lui appartenait donc de traiter également ce dossier de rente d'invalidité. !endif>![if> 25. Le 6 janvier 2015, l'OAI a envoyé une copie sur fichier du dossier de l'assurée à Assista protection juridique SA, en réponse à cette dernière s'étant constituée pour la défense des intérêts de l'assurée. !endif>![if> 26. Le 4 février 2015, l'OAI – en informant Assista Protection juridique SA – a envoyé à la FER CIAM la motivation de sa décision pour calcul de la prestation et notification à l'assurée, soit pour elle à Assista Protection juridique SA. !endif>![if> 27. Par courrier du 6 mars 2015 – envoyé en copie notamment à Assista Protection juridique SA et à l'assurée –, la FER CIAM a notifié à Me Monique STOLLER FÜLLEMANN, avocate (s'étant apparemment constituée dans l'intervalle pour l'assurée), sa décision de calcul de la rente entière d'invalidité due à l'assurée pour la période du 1^{er} février au 31 juillet 2013, d'un montant de CHF 1'459.- par mois, accompagnée de la motivation de la décision de l'OAI, d'un contenu identique au projet de décision précité du 10 décembre 2014. Recours pouvait être formé contre cette décision de l'OAI dans les trente jours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. !endif>![if> 28. Par acte du 20 avril 2015, l'assurée, représentée par Me Monique STOLLER FÜLLEMANN, a recouru

contre la décision de l'OAI du 6 mars 2015 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à l'annulation de cette décision, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et à l'allocation d'une indemnité de procédure.

Elle a joint à son recours un rapport du 2 avril 2015 de son psychiatre traitant, le Dr V_____. Selon ce rapport, l'assurée n'avait pas récupéré des séquelles de sa chute du 14 mai 2011 ; les symptômes n'avaient pas diminué ; de nouvelles manifestations étaient apparues ; l'assurée avait une péjoration de sa qualité de vie, une diminution de son autonomie et une restriction de sa capacité de travail. Depuis l'automne 2014, les symptômes décrits en 2012 (céphalées, vertiges, réveils nocturnes, pertes de mémoire, difficultés de concentration, grande fatigabilité) demeuraient avec en plus une complexification du tableau clinique ; des chutes et des troubles de l'équilibre réduisaient les capacités fonctionnelles et diminuaient l'autonomie. En décembre 2013, l'humeur de l'assurée était apparue comme légèrement dépressive et sans idées noires, ni envies suicidaires ; depuis l'automne 2014, des idées auto et hétéro-agressives étaient présentes, ainsi qu'une péjoration de capacité relationnelle et sexuelle ; le trouble dépressif était donc récurrent et d'intensité sévère. Au vu de ces éléments symptomatologiques nouveaux, il fallait réévaluer la décision de l'OAI ; les troubles neurologiques devaient être évalués par des spécialistes ; un bilan neuropsychologique et neurologique devait être ordonné ; le trouble dépressif s'était dégradé. L'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % pour des raisons psychiques et physiques ; cette incapacité était certainement durable et irréversible vu l'évolution clinique observée depuis des années. L'assurée a également joint à son recours un rapport du 16 février 2015 de son médecin de famille depuis mars 2014, le Dr T_____, aux termes duquel l'assurée présentait un état dépressif chronique d'intensité moyenne stabilisé sous traitement médicamenteux et suivi psychiatrique spécialisé régulier, un syndrome douloureux chronique diffus, des états après TCC (dont ledit médecin n'avait pas suivi l'évolution) et des rachialgies mécaniques chroniques. L'assurée avait une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité légère. L'objet du litige portait sur le droit de l'assurée à une rente AI au-delà du 31 juillet 2013. L'état de santé de l'assurée s'était aggravé dès l'automne 2014, donc après les expertises des 6 mai 2013 et 13 janvier 2014 mais avant la décision de l'OAI. Selon le Dr V_____, le tableau clinique de l'assurée s'était aggravé depuis l'automne 2014 de manière importante conduisant à une incapacité de travail de 100 % ; le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère était posé, également par le Dr T_____, pour qui l'assurée avait, d'un point de vue physique, une capacité de travail résiduelle de 50 %. La décision de l'OAI ne tenait pas compte de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée antérieure à la prise de sa décision. 29. Dans sa réponse du 15 mai 2015, comportant en annexe un avis médical du SMR, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le SMR, par avis du 10 novembre 2014, avait déjà pris position sur l'avis médical qu'avait exprimé le Dr T_____ le 28 mai 2014, retenant alors déjà les mêmes diagnostics que dans son rapport du 2 avril 2015, qui n'amenait donc pas à avoir une autre appréciation de la situation de l'assurée que celle retenue par la décision attaquée. Comme dans son rapport du 28 mai 2014, où il évoquait un état anxio-dépressif chronique, ledit généraliste retenait, dans son rapport du 16 février 2015, un état dépressif chronique d'intensité moyenne stabilisé sous traitement médicamenteux et suivi psychiatrique spécialisé régulier, alors que le psychiatre V_____, qui suivait l'assurée, faisait mention, dans son rapport du 2 avril 2015, d'un état tant physique que psychique qui s'était aggravé depuis l'automne 2014. Comme le relevait le SMR dans son avis du 11 mai 2015, les troubles physiques mentionnés par le psychiatre traitant avaient déjà été

investigués à de multiples reprises sans qu'aucune atteinte avérée ne pût être rattachée aux plaintes de l'assurée. Ledit psychiatre ne se fondait que sur les plaintes subjectives de l'assurée pour affirmer qu'il y avait aggravation au niveau somatique ; à défaut d'éléments objectifs, la prétendue aggravation manifeste de l'état de santé de l'assurée au niveau somatique ne pouvait être retenue ; des plaintes subjectives ne pouvaient suffire à justifier une invalidité. Quant à une aggravation au niveau psychique depuis l'automne 2014, le psychiatre V_____ faisait certes mention d'idées noires et d'un désir de se suicider (éléments absents lors de l'expertise du 13 janvier 2014), mais il indiquait aussi que la situation s'était améliorée grâce à l'intensification de la « prise en charge/suivi » ; il se fondait par ailleurs sur des éléments subjectifs rapportés par l'assurée, en précisant que cette aggravation était réactionnelle à des facteurs psycho-sociaux ; or, selon la jurisprudence, de tels facteurs ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain, et des troubles réactionnels pouvaient être traités médicalement de manière adéquate. 30. Dans une réplique du 4 juin 2015, l'assurée a objecté que, dans son rapport du 28 mai 2014, le Dr T_____ avait indiqué ne pas être en mesure de se déterminer du fait qu'il ne connaissait l'assurée que depuis le 28 mars 2014, et il avait produit le rapport du 16 avril 2014 des Dr W_____ et U_____ des HUG, dont il ressortait que, d'un point de vue psychiatrique, il semblait nécessaire de reprendre un suivi et d'adapter éventuellement les dosages médicamenteux, et qu'il fallait s'adresser au psychiatre traitant, le Dr V_____. Le SMR n'avait donc pas pris position sur un avis du Dr T_____ puisque celui-ci n'en avait pas émis. Il y avait bien eu aggravation de l'état de santé de l'assurée, le Dr V_____ ayant fait mention d'éléments qui n'étaient pas présents en décembre 2013 et ayant posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent et d'intensité sévère. Dans son avis du 11 mai 2015, le SMR ne s'était pas déterminé sur le rapport du Dr T_____, mais seulement sur celui du Dr V_____, sans même en prendre en compte les éléments pertinents, à savoir les pensées noires et les idées suicidaires, jusque-là absentes, l'aggravation des troubles du sommeil et l'absence de libido, évoquée par le SMR, n'étant qu'un facteur supplémentaire déséquilibrant le couple et aggravant la qualité de vie de l'assurée. L'assurée complétait ses conclusions en demandant l'audition du Dr V_____ et le versement d'une rente entière d'invalidité. 31. Dans sa duplique du 17 juin 2015, l'OAI a maintenu que les diagnostics retenus par le Dr T_____ dans son rapport du 16 février 2015 étaient exactement les mêmes que ceux du rapport des HUG du 16 avril 2014, auquel ledit médecin s'était référé. L'OAI avait pris position, en répondant au recours, sur le rapport du Dr T_____, ainsi que sur les autres arguments soulevés par l'assurée. Le dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé de l'assurée ; des investigations complémentaires étaient inutiles. 32. Dans des observations du 7 juillet 2015, l'assurée a indiqué que si les diagnostics retenus dans les rapports du Dr T_____ du 16 février 2015 et des HUG du 16 avril 2014 étaient certes les mêmes, les conséquences sur la capacité de travail de l'assurée étaient différentes. Le 28 mai 2014, le Dr T_____ n'avait pas pu se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, alors que le 16 février 2015 il avait estimé sa capacité de travail résiduelle à 50 % dans une activité légère. En 2014, le SMR attribuait à l'assurée une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} mai 2013 sur les plans tant somatique que psychiatrique ; il n'avait donc pas réévalué la capacité de travail de l'assurée, alors qu'une diminution de cette capacité était attestée par deux médecins. Le rapport du Dr V_____ était un élément essentiel démontrant l'aggravation manifeste de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique. 33. Cette écriture a été transmise à l'OAI. 34. La cause a

été gardée à juger. **EN DROIT 1.**

a. 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). Elle est donc compétente pour connaître du présent recours, dès lors que celui-ci porte sur une décision de l'intimé rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours, déposé le 20 avril 2015, a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant relevé que le délai de trente jours a été suspendu du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), soit du 29 mars au 12 avril 2015 (Pâques étant tombé en 2015 sur le 5 avril 2015) et qu'ainsi le dernier jour du délai pour recourir était le mardi 21 avril 2015. Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante est touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification. Elle a donc qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

2. a. S'il est sans conteste recevable à ces égards, il ne l'est cependant que dans la mesure où l'intimé s'est prononcé explicitement ou implicitement, dans la décision attaquée, sur les points litigieux. L'objet du recours ne saurait déborder du cadre défini par la décision attaquée. Il importe en effet que l'autorité administrative compétente se soit prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

Le juge doit certes examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 132 V 375 ; 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cela signifie qu'il ne saurait prendre en compte des faits postérieurs à la décision attaquée, en particulier une aggravation ou une amélioration de l'état de santé survenue après que la décision attaquée a été rendue ; des rapports médicaux subséquents, de même que plus généralement les preuves recueillies subséquentement sont recevables, pour autant qu'ils éclairent la situation prévalant jusqu'au moment où la décision attaquée a été rendue. Le juge ne saurait pour autant statuer sur des faits qui, quoique antérieurs au jour où la décision a été rendue, n'ont été ni pris en compte ni même connus de l'administration, à tout le moins dans la mesure où ils soulèvent une question devant être tranchée mais ne l'ayant pas été par l'administration.

b. En l'espèce, il appert que si la décision attaquée a été rendue le 6 mars 2015, elle se fonde sur des faits remontant au plus tard à juillet 2014, soit juste après le dernier rapport médical ayant renseigné l'intimé sur l'état de santé de la recourante (qui est le rapport du 3 juillet 2014 du médecin traitant de cette dernière). Le rapport du SMR du 10 novembre 2014 ne fait que commenter l'état du dossier arrêté à juillet 2014, sur lequel se fondent aussi tant le projet de décision du 10 décembre 2014 que la décision attaquée du 6 mars 2015, en l'absence d'objections émises par la recourante et de faits nouveaux parvenus à la connaissance de l'intimé jusqu'à la prise de cette décision.

Or, le recours se fonde essentiellement sur une aggravation de l'état de santé de la recourante qui serait survenue en automne 2014, alléguée pour la première fois dans le recours, certificats médicaux à l'appui. Une prise de position de l'intimé sur cette aggravation ne figure dès lors que dans ses déterminations sur ledit recours, soit dans sa réponse du 15 mai 2015 et sa duplique du 17 juin 2015. De telles déterminations ne valent pas décision. La chambre de céans ne saurait donc statuer sur la réalité de l'aggravation invoquée et le cas échéant sur l'effet de celle-ci en termes de droit à des prestations de l'AI. Il lui incombe en revanche de vérifier si le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2013, en tant que tel non contesté, pouvait être limité jusqu'au 31 juillet 2013, ce qui constitue l'objet ici pertinent de la décision attaquée. Cela ne signifie pas que la recourante est privée de la possibilité de faire valoir cette aggravation d'état de santé et le cas échéant les prétentions pouvant en découler. Il faut même considérer, en application de l'art. 30 LPGA, qu'en fondant son recours à la chambre de céans essentiellement sur une aggravation de son état de santé survenue selon elle en automne 2014, la recourante a fait valoir une prétention à des prestations de l'AI, en particulier une rente d'invalidité, en considération de cette aggravation, et que la chambre de céans, se déclarant incompétente pour en connaître en l'état faute de décision prise en instance non contentieuse sur ce point, est tenue de transmettre ladite demande à l'organe compétent pour la traiter, à savoir à l'intimé. 3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références), soit en l'espèce depuis le dépôt de sa demande de prestations, en août 2012. Il s'agit du droit actuellement en vigueur, constitué notamment de la LAI, mais aussi, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), de la LPGA. 4. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain. Est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel. 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. Il n'y a cependant incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA). On ne considère dès lors 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I

786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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). c. En cas de symptomatologie douloureuse sans substrat organique – devant, à l'instar de toute autre maladie psychique, être établie médicalement –, la jurisprudence ayant eu cours jusqu'il y a peu considérait que ce seul diagnostic n'entraînait pas, en règle générale, de limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353). Elle posait la présomption que de tels symptômes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Celui-ci pouvait exceptionnellement n'être pas exigible, notamment en présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, d'affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, de l'échec de traitements conformes aux règles de l'art, et ce en dépit de l'attitude coopérative de l'assuré (ATF 131 V 49). Par un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné cette présomption du caractère surmontable d'un syndrome douloureux somatoforme, tout en maintenant, voire renforçant – a-t-il précisé dans un arrêt 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 – la portée des motifs excluant une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance (soit en particulier en présence de limitations résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable). Il a posé l'exigence que la capacité de travail exigible soit évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissements des faits structurée, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Il s'agit de se fonder sur une grille d'analyse comportant des indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, à savoir le degré de gravité fonctionnelle de ces troubles (éléments diagnostics ressortant de l'étiologie et de la pathogenèse, résultats des traitements, évaluation des ressources au regard d'une éventuelle comorbidité psychiatrique, de la structure de la personnalité et du contexte social) et la cohérence (au regard des limitations dans les divers domaines de la vie et de la mise à profit des options thérapeutiques). Si cette jurisprudence s'applique aux affaires pendantes, les expertises réalisées sous l'ancien standard de procédure ne perdent pas leur force probante si, le cas échéant conjointement avec d'autres rapports médicaux établis par des spécialistes, elles permettent une évaluation concluante au regard des indicateurs dégagés par le Tribunal fédéral pour apprécier si, malgré les troubles

diagnostiqués, l'assuré peut ou non exercer en tout ou partie un travail adapté. 5. a. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou, sur recours, le juge disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités, l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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 140 V 93 ; 125 V 256 consid. 4 et les références). b. 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. c. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Plutôt que d'une révision à proprement parler (nonobstant l'intitulé de l'art. 17 LPGa), il s'agit d'une adaptation du droit à des prestations durables. Une telle adaptation peut intervenir d'office ou sur demande. Elle est régie par les dispositions générales de procédure figurant aux art. 27 ss LPGa (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 541 s. ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2 ème éd., 2009, n. 2, 14 ss et 38 ad art. 17). 6. a. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social ou, en cas de litige, le juge établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGa ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGa). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). b. La jurisprudence a néanmoins développé des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À 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 des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). c. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 7. En l'espèce, les plaintes de la recourante conduisaient à s'interroger sur l'existence d'atteintes à la santé tant physique que psychique. Les investigations entreprises par les assurances sociales compétentes, à savoir la SUVA (des résultats desquelles l'intimé pouvait tenir compte) et l'intimé lui-même, ont porté sur ces deux domaines d'atteintes. 8. a. Sur le plan somatique – en plus du CT-scan cérébral effectué le jour même du TCC subi par la recourante et n'ayant pas montré de lésion traumatique –, les examens cardiologique et neurologique respectivement par les spécialistes D_____ et E_____ n'ont pas révélé d'anomalie particulière. Lors de son premier séjour à la CRR du 3 au 6 octobre 2011, la recourante a fait l'objet d'évaluations de la part de spécialistes en

neurologie, en médecine interne et en physiothérapie (en plus d'un psychiatre), mais les examens effectués (en particulier clinique, neurologique, neuropsychologique, IRM cérébrale) n'ont pour l'essentiel pas objectivé ni expliqué les symptômes dont la recourante faisait état, à savoir des céphalées, vertiges, pertes de mémoire et de concentration, fatigue intense. À l'examen oto-rhino-laryngologique, une légère hypoacousie d'aspect symétrique était observable, tandis qu'un examen oto-neurologique a amené le spécialiste à poser le diagnostic qu'une oto-sclérose débutante ne pouvait être exclue, et un léger déficit vestibulaire périphérique droit, canalaire et otolytique séquellaire du TCC subi, associé à un syndrome post-commotionnel et à un état anxieux, toutefois sans que ces constatations ne soient présentées comme l'explication des troubles précités ni, surtout, comme source d'incapacité de travail. Plusieurs investigations ont été entreprises lors du second séjour de la recourante à la CRR, du 26 mars au 17 avril 2013. Les examens neurologiques (RX de colonne cervicale réalisés sur les plans statique et fonctionnel, IRM cérébrale) n'ont pas mis d'anomalies en évidence. L'examen neuropsychologique a montré une évolution favorable en regard du bilan réalisé à la CRR en octobre 2011, avec une normalisation des performances mnésiques antérogrades verbales, une diminution du ralentissement et des difficultés attentionnelles, mais une persistance des ressources attentionnelles fluctuantes et abaissées pouvant avoir un lien avec les aspects thymiques et algiques. Les examens oto-neurologiques spécialisés (l'audiogramme tonal, le tympanogramme, les réflexes stapédiens et le potentiel auditif précoce du tronc cérébral) n'ont pas donné de résultats pathologiques expliquant la symptomatologie annoncée par l'assurée ; la physiothérapie vestibulaire mise en place au cours du séjour à la CRR n'a pas apporté d'amélioration du point de vue subjectif, mais une amélioration globale de la fonction d'équilibration a été objectivée en fin de séjour. Une amélioration a été constatée s'agissant de la dépendance visuelle à l'épreuve statique bipodale et unipodale, de même de la stratégie proprioceptive-visuelle (même si celle-ci restait insuffisante). L'assurée n'a présenté ni nausées ni vomissements (ni durant ni en dehors des thérapies effectuées), et aucune limitation n'a été relevée (ni lors des différentes activités et de la physiothérapie, ni dans la vie quotidienne). Aucune proposition de poursuite ambulatoire n'a été formulée, et l'assurée a été instruite à un programme d'exercices à domicile. Le profil tensionnel de l'assurée est resté stable, avec des systoliques toujours élevées et des diastoliques normales. Le bilan hormonal a été normal compte tenu de sa ménopause précoce. En conclusion, l'évaluation pluridisciplinaire n'a pas montré de substrat objectif en rapport avec l'accident du 14 mai 2011 pouvant expliquer l'importance des symptômes décrits par l'assurée, dont la situation du point de vue médical était alors stabilisée. Une pleine capacité de travail était reconnue à la recourante dès le 1^{er} mai 2013. D'avril à début juillet 2014, des rhumatologues des HUG se sont penchés sur des rachialgies et douleurs diffuses dont se plaignait la recourante, sans véritablement objectiver de troubles statiques. Ils se sont prononcés en faveur d'un traitement antalgique, d'un réentraînement et d'une réharmonisation musculaire du rachis, en soulignant les bénéfices que la recourante retirerait d'une reprise d'activité. Ils ont relevé, début juillet 2013, alors qu'elle avait bénéficié d'une physiothérapie active, que la recourante avait elle-même noté des progrès au niveau de ses douleurs et de son temps de marche ; elle était alors en bon état général ; la mobilité de son rachis était bonne ; un examen EOS pratiqué le 22 avril 2013 n'avait pas établi de gros troubles de la statique ; l'évolution était favorable. b. Il appert que les rapports des médecins précités, entre autres de la CRR, qui se sont prononcés, dans leurs domaines de spécialités, sur l'état de santé somatique de la recourante sont le résultat

d'investigations approfondies, prennent en compte les plaintes de la recourante, comportent une anamnèse suffisante, sont sérieusement motivés, ne sont pas affectés de contradictions et aboutissent à des conclusions convaincantes. Il doit leur être reconnu force probante. La recourante ne paraît d'ailleurs pas le contester ; elle n'avance ni ne démontre en tout état d'éléments devant conduire à remettre ces rapports en question. Elle prétend – de façon ici non pertinente (consid. 2) – que son état de santé s'est dégradé depuis l'automne 2014, en produisant des rapports médicaux n'autorisant en tout état pas à considérer que l'évaluation faite du point de vue somatique de sa capacité de travail au-delà du 31 juillet 2013, à tout le moins jusqu'à l'automne 2014, devrait être corrigée. 9. a. Sur le plan psychique, il ressort du dossier que la recourante a souffert dès 2003 de troubles de type dépressif, non médicalement établis et traités par un non-spécialiste. Un entretien avec un psychiatre a eu lieu lors du premier séjour de la recourante à la CRR en octobre 2011 ; des éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur ont été mis en évidence ; ils étaient toutefois d'une sévérité insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent même léger, mais évoquaient un diagnostic de dysthymie. En décembre 2012 – alors qu'une psychiatre suivant la recourante retenait, le mois précédent, le diagnostic avec effet (non quantifié) sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent –, les médecins (dont un psychiatre) ayant procédé à une évaluation clinique de la recourante ont fait mention d'une problématique anxio-dépressive, qui les a amenés à recommander la poursuite d'un soutien psychothérapeutique. La dimension psychiatrique a peu été abordée lors du second séjour de la recourante à la CRR, au printemps 2013, raison pour laquelle le SMR, suivi par l'intimé, a estimé nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique. Il avait néanmoins été noté que la recourante présentait une thymie stable. b. L'expertise psychiatrique, intervenue vers la fin 2013 et le début 2014, a été approfondie. De façon d'ailleurs non contestée par la recourante, le rapport d'expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels ordinaires permettant de lui reconnaître de façon générale une pleine valeur probante. L'expert n'a pas retenu de signes ou symptômes d'un trouble dépressif, mais plutôt d'une dysthymie, non handicapante, écartant ainsi le diagnostic évoqué par le psychiatre traitant de la recourante. Il l'a fait pour les motifs convaincants qu'il a exposés, à savoir, notamment, que la sévérité de la dépression chronique de l'humeur était insuffisante ou la durée des différents épisodes trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Sa position est au surplus en harmonie avec les appréciations faites précédemment de la question à la CRR. Pour l'expert, la recourante avait fait un syndrome post-commotionnel à la suite d'un traumatisme crânien, d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance, comportant de nombreux symptômes variés (céphalées, sensation vertigineuse, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales avec altération de la mémoire, insomnie, diminution de la tolérance au stress), et dont l'évolution habituelle allait vers l'hypocondrie et l'adoption d'un rôle de malade. Il n'a pas pour autant retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, car – a-t-il affirmé – il n'y avait pas de signes ou symptômes justifiant une incapacité de travail. Il a mentionné, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome post-commotionnel après l'accident du 14 mai 2011, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une dysthymie et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité frustrée). Sa conclusion était que la recourante était capable de travailler à 100 % dans son ancien travail dès le 1^{er} mai 2013. S'il a retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, l'expert l'a cependant qualifié sans ambiguïté de non incapacitant, et ce non en considération d'une présomption que ce trouble était en l'espèce

surmontable par un effort de volonté raisonnablement exigible, mais bien parce qu'il a estimé que ce trouble n'était pas source pour la recourante d'une incapacité de travail au regard de considérations s'insérant dans la grille d'évaluation résultant de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral. Ainsi, il a relevé qu'un syndrome post-commotionnel, du genre de celui qu'avait subi la recourante, était propre à provoquer des céphalées, une sensation vertigineuse, de la fatigue, de l'irritabilité, des difficultés de concentration, de l'insomnie, soit des troubles présentés par la recourante, mais il a noté que le TCC considéré avait été léger et que lors du second séjour de cette dernière à la CRR une évolution favorable de son état avait été constatée, notamment sur le plan neuropsychologique et de la fonction d'équilibration, et en outre que sa thymie était stable. Il a fait mention de doutes, au vu des résultats des dosages plasmatiques, quant à la prise régulière de certains des médicaments prescrits à la recourante, en particulier le Ponstan, le Paracétamol et le Stilnox. Il a souligné que la comorbidité psychiatrique présentée par la recourante sous la forme d'une dysthymie ne s'accompagnait pas d'une cristallisation psychique, ni d'un isolement social ; en effet, la recourante sortait faire des promenades, était invitée par des amis, avait passé une semaine de vacances chez des amis en août 2013. Il avait constaté qu'elle avait pratiquement une vie normale et n'avait aucune limitation du point de vue social. Il a en outre tenu compte de la personnalité frustrée de la recourante, de même que de son faible niveau de scolarisation. Au regard de l'ensemble de ces considérations, corroborées par les autres éléments pertinents du dossier, c'est en connaissance de cause et de façon convaincante que l'expert n'a pas reconnu à la recourante d'incapacité de travail dès le 1^{er} mai 2013, pour aucun des diagnostics qu'il a retenus, y compris celui de trouble douloureux somatoforme. 10. a. En conclusion, des points de vue tant somatique que psychique, l'intimé était fondé à retenir – à l'instar de la SUVA pour ce qui relevait de l'assureur-accidents, par une décision restée non contestée – que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mai 2013, et donc que sa situation, en termes d'état de santé et/ou d'incidence de ses troubles résiduels sur sa capacité de gain, s'était suffisamment modifiée pour qu'une invalidité ne lui soit plus reconnue à partir de cette date. b. C'est donc à bon droit que l'intimé ne lui a reconnu un droit à une rente d'invalidité entière, eu égard au taux d'invalidité de 100 % retenu (art. 28 al. 2 LAI), que du 1^{er} février 2013, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations de l'AI (art. 29 al. 1 LAI), au 31 juillet 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée, étant précisé que – ainsi que l'avenir l'a d'ailleurs confirmé – une complication prochaine n'était alors pas à craindre (art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201). Le recours doit être rejeté. b. Comme la chambre de céans l'a déjà indiqué (consid. 2), faute d'en avoir été informé à temps, l'intimé ne s'est pas du tout prononcé, dans la décision attaquée, sur l'aggravation de l'état de santé de la recourante survenu – selon cette dernière, son nouveau psychiatre et son médecin traitant – dès l'automne 2014 (soit une quinzaine de mois après que son droit à la rente avait pris fin), si bien que la chambre de céans ne saurait, dans le cadre de la présente procédure, se pencher sur l'incidence qu'une telle aggravation, à supposer avérée, aurait en termes de droit à des prestations de l'AI. Il appartiendra à l'intimé d'examiner la question, étant précisé que le recours, lui ayant déjà été transmis formellement en vue de réponse au recours, doit être considéré comme une nouvelle demande de prestations de l'AI et lui être transmis à cet égard matériellement. La chambre de céans rappelle à toutes fins utiles qu'en cas de reprise d'une invalidité après suppression de la rente dans les trois ans qui suivent cette suppression et en raison d'une incapacité de

travail de même origine que la précédente, la période d'attente ayant précédé le premier octroi doit être déduit de la période d'attente prévue par l'art. 28 al. 1 let. b LAI (art. 29bis et 88a al. 2 RAI). c. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), la recourante sera condamnée au paiement de l'émolument minimal de CHF 200.-, vu l'issue donnée au recours. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). * * * * *

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1.

Déclare le recours irrecevable en tant qu'il est fondé sur une prétendue aggravation de l'état de santé de Madame A_____ survenue en automne 2014, et le transmet dans cette mesure à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour raison de compétence.

2. Déclare le recours pour le surplus recevable. Au fond :

3. Rejette, en tant qu'il est recevable, le recours de Madame A_____.

4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A_____.

5. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure. 6. 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 Sylvie SCHNEWLIN Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le