

GE_GERICHTE A/612/2014 vom 19. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_612_2014

FR: GE_GERICHTE A/612/2014 du 19 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE A/612/2014 del 19 gennaio 2015

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1951, de nationalité suisse, est enseignante depuis le 1 er septembre 1999 au Département de l'instruction publique du canton de Genève à 80%. Elle est assurée à ce titre contre le risque accident auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA).! [endif]> [if> 2. Le 21 juillet 2003, elle a été victime d'une chute entraînant une contusion/entorse du pied droit.! [endif]> [if> 3. Le 10 octobre 2003, l'assurée a été opérée en urgence par le docteur B_____, spécialiste FMH neurochirurgie, pour une hernie discale L4-L5 gauche.! [endif]> [if> 4. Au cours de son hospitalisation, le 31 octobre 2003, l'assurée, alors qu'elle sortait de son fauteuil roulant, est tombée, une rampe de sécurité sur laquelle elle prenait appui ayant cédé. L'assurée a subi des douleurs cervicales, dorsales et aux côtes.! [endif]> [if> 5. Le 17 mars 2004, l'assurée a fait une nouvelle chute à son domicile. Alors qu'elle fermait des volets, elle est tombée à la renverse de tout son long. Elle s'est plainte d'une insensibilité dans le bras droit jusqu'aux doigts, de manque de force, de céphalées et de douleurs cervicales.! [endif]> [if> 6. Ces accidents ont été pris en charge par la SUVA.! [endif]> [if> 7. L'assurée a repris le travail à 30 % dès le 23 août 2004, puis à 50 % dès le 1 er novembre 2004 et à 70 % dès le 8 mars 2005.! [endif]> [if> 8. Le 18 mai 2008, la doctoresse C_____ a rendu un rapport d'expertise judiciaire dans le cadre du recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision de la SUVA d'interrompre les prestations au 31 juillet 2006 pour l'indemnité journalière et au 1 er novembre 2006 pour le traitement. Le 30 juin 2008, le TCAS (ATAS/780/2008) a confirmé la décision de la SUVA de suspendre les prestations et alloué à l'assurée une IPAI de 5%.! [endif]> [if> 9. Le 1 er juin 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation (elle a chuté alors qu'elle conduisait un scooter).! [endif]> [if> 10. Le 1 er juin 2010, un scanner du rachis cervical a exclu une fracture et un scanner de la colonne cervicale a exclu toute lésion osseuse traumatique.! [endif]> [if> 11. Le cas a été pris en charge par la SUVA.! [endif]> [if> 12. Un encéphalogramme du 22 juin 2010 a conclu à un tracé sans anomalies post traumatiques.! [endif]> [if> 13. Le 24 juin 2010, l'assurée a rempli un formulaire de déclaration d'accident en indiquant des blessures à la tête, cervicales, omoplates, épaules, côtes, bassin, jambe et orteil droits, majeur gauche, main et poignet droits, commotion, plaies, distorsions et contusions.! [endif]> [if> 14. Le 27 juillet 2010, l'hôpital de La Tour a attesté de contusions multiples et d'une incapacité de travail totale depuis le 1 er juin 2010.! [endif]> [if> 15. Le 30 août 2010, une radiographie de la colonne dorsale et gril costal droit a conclu à l'absence de lésion traumatique décelable.! [endif]> [if> 16. Le 5 octobre 2010, la doctoresse D_____, FMH otho-rhino-laryngologie, a attesté

d'hypoacousie probablement post traumatique et d'acouphènes post traumatiques très invalidants.![endif]>![if> 17. Le 1^{er} novembre 2010, la SUVA a transmis à l'assurée un formulaire AI à remplir.![endif]>![if> 18. Le 18 novembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 19. Le 2 décembre 2010, l'assurée a été victime d'un nouvel accident ; alors qu'elle ouvrait une armoire, elle a reçu une bougie de 1,5 kg sur son nez.![endif]>![if> 20. Une radiographie du nez du 2 décembre 2010 a conclu à l'absence de fracture et à une déviation du septum nasal vers la droite.![endif]>![if> 21. Le 21 décembre 2010, la doctoresse E_____, FMH neurologie, a rempli un rapport médical AI, attestant d'une amélioration de l'état de santé depuis fin novembre et d'une reprise de travail prévue le 9 janvier 2011. L'assurée avait présenté un syndrome post TCC avec douleurs cervicales, céphalées, trouble de la concentration et du sommeil.![endif]>![if> 22. Le 22 décembre 2010, la Dresse E_____ a rempli un rapport médical SUVA, en indiquant une chute en scooter avec brève perte de connaissance, hématomes multiples, douleurs cervicales, céphalées, acouphènes et troubles mnésiques. Une reprise du travail était prévue le 9 janvier 2011.![endif]>![if> 23. Le rapport d'évaluation de l'OAI du 14 janvier 2011 constate un trouble de la mémoire et de la concentration de l'assurée, laquelle déclarait souffrir d'un manque de concentration, de fatigue, de faiblesse, de perte d'odorat, de goût, de maux de tête, de perte de mémoire et de douleurs dans le corps.![endif]>![if> 24. Le 14 janvier 2011, le Dr F_____ a attesté que selon les renseignements donnés par le médecin traitant, l'arrêt de travail de l'assurée était justifié.![endif]>![if> 25. Le 17 janvier 2011, l'assurée a indiqué à la SUVA qu'elle n'était pas apte à travailler.![endif]>![if> 26. Le 18 janvier 2011, la Dresse D_____ a informé la SUVA qu'une reprise du travail n'était pas possible et que l'arrêt de travail devait être vu avec le docteur JANIC, médecin associé en santé-travail.![endif]>![if> 27. Le 2 février 2011, l'assurée a déclaré l'accident du 2 décembre 2010 en indiquant qu'une bougie de 1,5 kg lui était tombée dessus alors qu'elle cherchait un sous-verre dans une armoire, ce qui avait provoqué une fêlure du nez.![endif]>![if> 28. Le 10 février 2011, un inspecteur de la SUVA a téléphoné à la Dresse E_____, laquelle a indiqué qu'elle avait fixé une reprise le 9 janvier 2011, puis prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 24 janvier 2011.![endif]>![if> 29. Les 10 janvier, 7 février et 7 mars 2011, le docteur G_____, médecine générale et médecine tropicale, a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} juin 2010, pour une durée indéterminée.![endif]>![if> 30. Une IRM cérébrale du 10 février 2011 a conclu à une déviation assez marquée de la cloison nasale vers la droite, sans autres anomalies.![endif]>![if> 31. Le 21 février 2011, la Dresse E_____ a attesté d'un diagnostic de syndrome post TCC, distorsion cervicale, déviation cloison nasale et d'une incapacité de travail totale de l'assurée.![endif]>![if> 32. Le docteur H_____, FMH chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu le 10 mars 2011 un rapport d'examen.![endif]>![if> L'assurée se plaignait de mal entendre, d'acouphènes, de troubles au niveau de la narine droite suite à la chute de la bougie sur son nez le 2 décembre 2010, de grande fatigue, de douleurs dans le dos et de maux de tête. Elle se sentait mieux au niveau de la mobilité. L'examen clinique était rassurant ; les conséquences du traumatisme étaient éteintes ; il convenait encore d'investiguer les plaintes ORL (la déviation de la cloison nasale était confirmée). 33. L'OAI a mis un terme le 28 mars 2011 au mandat d'intervention précoce.![endif]>![if> 34. Le 29 mars 2011, le docteur I_____, FMH oto-rhino-laryngologie, a rendu une appréciation médicale, selon laquelle la déviation de la cloison nasale et l'hypertrophie des cornets (selon radios du 2 décembre 2010 et IRM du 10 février 2011) n'étaient pas une conséquence de l'accident du 1^{er} juin 2010 ; il en était de

même du trouble de l'odorat ; il était peu probable que les troubles auditifs soient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1 er juin 2010.![endif]>![if> 35. Le 1 er avril 2011, la Dresse D_____ a attesté d'acouphène post traumatique très invalidante et gêne auditive subjectivement aggravée par le traumatisme de juin 2010.![endif]>![if> 36. Le 11 avril 2011, le Dr F_____ a estimé que la prolongation de l'arrêt de travail de l'assurée par le médecin traitant était justifiée et indiqué qu'il ne pouvait lui-même prolonger un arrêt de travail.![endif]>![if> 37. Le 14 avril 2011, l'assurée a requis un appareil auditif auprès de l'OAI.![endif]>![if> 38. Le 18 avril 2011, le Dr H_____ a estimé que l'appréciation du Dr I_____ faisait foi et que le Dr F_____ n'avait pas de compétence pour prolonger un arrêt de travail.![endif]>![if> 39. Par décision du 21 avril 2011, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 30 avril 2011. Les problèmes de la déviation nasale et auditifs n'incombaient pas à l'assurance-accidents.![endif]>![if> 40. Par communication du 4 mai 2011, l'OAI a relevé que des mesures d'intervention précoce ou de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.![endif]>![if> 41. Le 20 mai 2011, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 21 avril 2011 en relevant qu'elle souffrait toujours de maux de dos, d'épaules, de tête, d'un déficit de concentration, de problèmes de perception et de compréhension auditive, olfactive, gustative, d'étourdissements, de fatigabilité, de stress post traumatique et d'acouphènes. Ses problèmes de nez (fracture) étaient dus à un autre accident de décembre 2010 et elle requérait également la prise en charge de cet accident.![endif]>![if> 42. Par communication du 29 août 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré deux appareils acoustiques.![endif]>![if> 43. Par décision du 12 septembre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 21 avril 2011. L'assurée n'avait pas subi de blessure à la tête, ni perdu connaissance. Un TCC n'avait pas été évoqué. Il n'y avait pas à l'EEG et à l'IRM du cerveau de lésion post traumatique, de sorte qu'il n'y avait pas de causalité entre les troubles et l'accident.![endif]>![if> 44. Le 5 octobre 2011, le Dr I_____, FMH oto-rhino-laryngologie, médecin SUVA, a rendu une appréciation médicale estimant qu'aucune fracture du nez n'était attestée au dossier et qu'il était peu vraisemblable que la déviation de la cloison du nez constituait une suite de l'accident du 2 décembre 2010.![endif]>![if> 45. Le 12 octobre 2011, le contre hospitalier de la région d'Annecy a attesté d'une hospitalisation de l'assurée du 10 au 12 octobre 2011 pour une ostéosynthèse de la malléole droite suite à la fracture.![endif]>![if> 46. Par décision du 31 octobre 2011, la SUVA a refusé d'allouer des prestations à la suite de l'accident du 2 décembre 2010.![endif]>![if> 47. Le 30 novembre 2011, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 31 octobre 2011 en requérant une expertise, l'accident du nez ayant entraîné la déviation de la paroi nasale.![endif]>![if> 48. Le 7 décembre 2011, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation ; elle a, selon un rapport de la gendarmerie du 29 avril 2012, été renversée par un véhicule alors qu'elle traversait la chaussée et subi des douleurs au dos et des maux de têtes. ![endif]>![if> 49. Le 7 décembre 2011, le service des urgences des HUG a attesté d'une consultation de l'assurée du même jour suite à l'accident de la circulation, et d'un arrêt de travail du 7 au 11 décembre 2011 ; l'assurée se plaignait de douleurs dans toute la colonne cervicale et dorsale, au bassin, au membre supérieur droit et aux membres inférieurs. ![endif]>![if> 50. Le 13 décembre 2011, le Dr G_____, a certifié une incapacité de travail totale dès le 7 décembre 2011, en raison d'un accident.![endif]>![if> 51. Par décision du 14 décembre 2011, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée à l'encontre de la décision du 31 octobre 2011 en se fondant sur l'avis du Dr I_____ du 5 octobre 2011.![endif]>![if> 52. Un CT

cérébral, cervico-dorso-lombaire et cervico-thoraco-abdomino-pelviennne du 16 décembre 2011 a conclu à un micronodule de 4 mm de diamètre du lobe inférieur du poumon droit, d'aspect aspécifique ; les données tomodensitométriques cervico-thoraco-abdomino-pelviennes non injectées étaient par ailleurs sans anomalie objectivable.!

53. Le rapport de la gendarmerie du 19 décembre 2011 indique que l'assurée est légèrement blessée (douleurs au dos, maux de tête).!

54. Le 20 décembre 2011, la Dresse E_____ a écrit à l'OAI qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis la mi-décembre 2010.!

55. Le 21 décembre 2011, l'assurée a déclaré l'accident du 7 décembre 2011 à l'office du personnel de l'Etat en mentionnant qu'elle avait été atteinte sur l'ensemble du corps, à la colonne, tête, bassin, épaule, bras droit et membres inférieurs. !

56. Le Dr G_____ a certifié, les 18 janvier, 13 février, 13 mars, 12 avril, 15 mai, 19 juin et 16 juillet, 18 septembre, 9 octobre, 6 novembre et 4 décembre 2012, une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée depuis le 7 décembre 2011. !

57. Le 12 janvier 2012, l'assurée a déclaré l'accident du 7 décembre 2011 à la SUVA.!

58. Le 16 février 2012, le Dr G_____ a attesté d'une incapacité de travail totale pour maladie depuis mai 2011 et une incapacité de travail totale à la suite de l'accident du 7 décembre 2011.!

59. Le 22 février 2012, le Dr G_____ a attesté de cervicalgies importantes, céphalées quotidiennes, hématome, multiples contusions.!

60. Le 22 février 2012, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de stress post traumatique, cervicalgies avec irradiations et acouphènes avec perte auditive depuis le 1 er juin 2010. L'incapacité de travail était totale depuis le 1 er juin 2010.!

61. Le 15 mars 2012, lors d'un rapport d'entretien de la SUVA, l'assurée a indiqué que depuis l'accident du 7 décembre 2011, elle avait des maux de tête, céphalées, vertiges, malaises, douleurs dans tout le corps, faiblesse des mains, des jambes, troubles du sommeil ; elle sortait le moins possible de chez elle.!

62. Le 19 mars 2012, la SUVA a informé l'assurée que, puisqu'elle présentait déjà une incapacité de travail de 100% pour maladie, aucune indemnité journalière ne lui serait versée. !

63. Le 26 avril 2012, l'assurée s'est entretenue avec un représentant de la SUVA et indiqué que son état de santé allait mal. Elle avait notamment des douleurs dans tous les membres, ne pouvait lever les bras au-dessus de l'horizontal, ainsi que des problèmes de concentration.!

64. Le 9 août 2012, un inspecteur de la SUVA s'est entretenu avec l'assurée qui a annoncé une persistance des douleurs sur le haut du corps et les membres supérieurs et des faiblesses dans les membres inférieurs et le bassin, ainsi que des problèmes de concentration.!

65. Le 2 octobre 2012, le SMR a estimé qu'une expertise rhumatologique-ORL et psychiatrique était nécessaire. !

66. Le 8 novembre 2012, le service des urgences des HUG a attesté d'une prise en charge de l'assurée pour traumatisme crânien et plaie ouverte du cuir chevelu; l'assurée avait refusé un scanner cérébral et quitté l'hôpital contre avis médical.!

67. Le 9 novembre 2012, l'assurée a informé par téléphone la SUVA qu'elle avait chuté la veille suite à un malaise.!

68. Le même jour, elle a rempli une déclaration d'accident pour l'office du personnel de l'Etat en indiquant qu'en levant le bras droit (abîmé avec l'épaule et la ceinture scapulaire, lors de l'accident du 7 novembre 2011) pour attraper un livre, une douleur fulgurante l'avait envahie des doigts jusqu'au dos; elle avait perdu connaissance et chuté sur une charnière de porte.!

69. Le 21 décembre 2012, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA.!

70. Le 6 février 2013, le docteur J_____, psychiatre conseil à la SUVA, a estimé que les troubles psychiques de l'assurée, mentionnés

par le Dr G_____ (anxiété importante en voiture, en ville) étaient une symptomatologie phobique pure qui n'était pas suffisante pour pouvoir poser et retenir un diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais qu'il existait un lien de causalité entre cette symptomatologie et l'accident. ![/endif]>![if> 71. Le 20 mars 2013, le docteur K_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin conseil de la SUVA, a estimé qu'une pathologie cervicale avait pu être déstabilisée temporairement par l'évènement, mais que les effets délétères organiques du sinistre étaient complètement éteints.![endif]>![if> 72. Le 27 septembre 2013, le CEMed a rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise, fondé notamment sur trois consultations des 5, 12 et 18 juin 2013. Le rapport est signé par les docteurs L_____, médecine interne FMH, J_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, M_____, rhumatologue FMH et N_____, ORL FMH. ![/endif]>![if> L'assurée avait été victime d'accidents les 1 er juin 2010, 2 décembre 2010,

E. 7

décembre 2011 et 8 novembre 2012 et que les troubles de la sphère psychologique n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec les accidents.![endif]>![if> 86. Le 1 er juillet 2014, les Drs Q_____ et U_____ ont attesté d'un suivi de l'assurée pour l'épaule droite suite à l'accident de 2011 (heurtée par un véhicule en tant que piétonne) ; le bilan arthro-IRM confirmait une arthropathie acromio-claviculaire floride et une petite atteinte de la coiffe des rotateurs supérieure; un traitement à l'injection de facteurs de croissance était prescrit; ils étaient persuadés que la pathologie était en lien avec l'accident.![endif]>![if> 87. Le 2 juillet 2014, l'assurée a observé que l'expertise du CEMed avait eu lieu trois ans après l'accident du 1 er juin 2010 et plus d'un an après l'accident du 7 décembre 2011 et qu'aucun médecin de l'OAI ne l'avait examinée avant. Le médecin traitant avait attesté d'une atteinte invalidante entre 2010 et 2013 ; un complément d'instruction était nécessaire pour élucider les faits entre juin 2010 et mars 2014 ; le SMR contestait les accidents ; l'expert retenait à tort une fibromyalgie et ne mentionnait pas la problématique de l'épaule ; les rapports du Dr G_____ étaient erronés ; entre 2010 et 2013 les troubles cognitifs étaient particulièrement importants.![endif]>![if> 88. Le 21 juillet 2014, l'OAI a observé que l'expertise du CEMed avait examiné l'état de santé de l'assurée entre 2010 et 2013 et confirmé ses conclusions.![endif]>![if> 89. Le 15 août 2014, l'assurée a recouru (cause A/2374/2014) auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 16 juin 2014 en faisant valoir que celle-ci n'avait pas instruit correctement son cas, le Dr K_____ ayant uniquement rendu une appréciation sur dossier et que les prestations de la SUVA devaient persister au-delà du 31 mars 2014, en particulier la prise en charge des frais médicaux liés aux accidents des 7 décembre 2011 et 8 novembre 2012, lesquels avaient entraîné une lésion à l'épaule et un choc psychologique.![endif]>![if> Elle a communiqué les rapports médicaux du Dr G_____ des 8 novembre 2012 et 14 mai 2014, du Dr Q_____ des 26 mars 2014 et 15 mai 2014, l'arthro-IRM du 27 mars 2014, ainsi que les rapports suivants : - l'avis du Dr D_____, FMH médecine interne, cardiologie, médecin-conseil de l'Etat de Genève, du 28 avril 2014; le maintien en incapacité de travail à la suite des accidents des 1 er juin 2010 et 7 décembre 2011 avait été nécessité par un syndrome post-commotionnel et post-traumatique, dont des troubles cognitifs, de l'équilibre, du sommeil et des douleurs multiples, notamment de l'épaule droite; la décision de reprise du travail était réservée à une évaluation neuropsychologique;![endif]>![if> - deux avis des Drs Q_____ et U_____ des 27 juin 2014 et 1 er juillet 2014, selon lesquels l'arthro-IRM confirmait une arthropathie acromio-claviculaire floride, ainsi qu'une petite atteinte de la coiffe des rotateurs supérieure; un traitement par injection était indiqué;

ces pathologies étaient en lien avec l'accident de 2011.![endif]>![if> 90. Le 8 septembre 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. L'assurée a indiqué qu'elle avait demandé au DIP de reprendre une activité à 100% dès mars 2014, ce qui n'avait pas pu être le cas. Elle a déclaré : « Actuellement, j'ai encore un problème à l'épaule droite, au niveau des tendons, causé par l'accident du 7 décembre 2011. Depuis l'accident du 1 er juin 2010, j'étais en arrêt de travail en raisons de douleurs dans tout le corps ainsi que de problèmes de concentration et de mémoire. Mon état de santé s'est amélioré, de sorte qu'en novembre 2011 on envisageait que je puisse reprendre mon travail en janvier 2012. Toutefois, j'ai subi un nouvel accident le 7 décembre 2011. L'accident du 1 er juin 2010 a occasionné les troubles de perte de goût et d'odorat, ainsi que la perte auditive et les acouphènes. L'accident du 12 décembre 2010 a entraîné des troubles de la respiration et une déviation de la cloison nasale. La perte d'odorat a été aggravée par cet accident. Actuellement, ces troubles sont en rémission et j'ai renoncé à me faire opérer. En raison de problèmes financiers, je n'ai pas recouru contre les décisions de la SUVA de septembre et décembre 2011. Je conteste que, comme le SMR l'a indiqué, j'aurais été capable de retravailler depuis mars 2011. L'expertise au CEMed ne s'est pas très bien passée car l'examen clinique du rhumatologue a entraîné de fortes douleurs qui ont nécessité la prise d'antalgiques. Il a en effet appuyé sur certaines parties de mon corps, dont l'épaule. J'ai vu les médecins au moins trois fois dans le courant du mois de juin 2013.![endif]>![if> J'ai fait un test neuropsychologique récemment, qui était encourageant. Toutefois, je précise que ce test n'est pas probant pour les années antérieures, soit de 2010 à 2013, période pendant laquelle j'ai souffert de troubles de la concentration et de la mémoire, liés aux douleurs et à des problèmes d'insomnies. Tous ces problèmes m'ont empêchée de reprendre mon activité jusqu'à mars 2014. Je conteste le rapport d'expertise du CEMed dont les conclusions sont fausses et qui contient beaucoup d'inexactitudes de dates et de faits. Par exemple, l'opération de ma hernie discale, laquelle a été causée par un accident de bateau, est notée comme ayant eu lieu en 2000, puis en 2006, alors que j'ai été opérée en 2003. Par ailleurs, je ne souffre pas du tout de fibromyalgie, comme l'a attesté le Dr P_____, mais d'un problème post-traumatique à l'épaule droite. Je n'ai également pas l'arthrite qui est mentionnée dans le rapport. Les deux accidents de 2010 et 2011 ont été mélangés avec une opération de 1998 (intervention pour des problèmes de kystes et veineux, à la suite de laquelle j'ai fait une réaction allergique). Enfin, la Dresse E_____ n'est pas le dernier médecin que j'ai consulté, comme cela est mentionné dans le rapport. »

91. Le 12 septembre 2014, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif que l'assurée n'avait pas amené d'éléments démontrant que les plaintes concernant son épaule seraient liées à l'accident de 2011, que le service des urgences des HUG n'avait pas attesté de lésion déterminante de l'épaule droite, que le rapport d'intervention suite à l'accident du 8 novembre 2012 ne mentionnait pas de plainte de l'épaule, que l'assurée était par ailleurs connue pour des cervicalgies irradiant dans le membre supérieur droit, que le Dr K_____ avait rendu un avis sur la base d'un dossier complet et qu'une expertise neuropsychologique devait être écartée.![endif]>![if> 92. Le 6 octobre 2014, à la demande de la chambre de céans, le Dr M_____ du CEMed a donné des renseignements complémentaires.![endif]>![if> L'expertise du 27 septembre 2013 avait constaté que les incapacités de travail ordonnées à la suite des deux premiers accidents étaient raisonnables, soit 100% du 1 er juin 2010 au 11 janvier 2011; s'agissant de l'accident du 7 décembre 2011, l'incapacité de travail de 5 jours avait été poursuivie par le médecin-traitant et il était possible que l'incapacité de travail due à l'accident du 8 novembre 2012 entre dans celle,

non terminée, du 7 décembre 2011; il ne confirmait pas l'incapacité de travail totale attestée par le Dr G _____ jusqu'au 4 mars 2014, car la capacité de travail était totale au jour de l'expertise. Les limitations de l'épaule n'avaient pas été évaluées comme incapacitantes pour la profession en cours. 93. Par ordonnance du 16 octobre 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure LAA A/2374/2014 au dossier AI. 94. Par ordonnance du 16 octobre 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure AI A/612/2014 au dossier LAA. 95. Le 4 novembre 2014, l'OAI a indiqué que le dossier LAA n'appelait pas commentaire particulier. 96. Le 6 novembre 2014, la SUVA a indiqué qu'il n'existait aucun motif de mettre en œuvre une instruction complémentaire. 97. Le 27 novembre 2014, l'assurée a sollicité, dans le cadre des dossiers AI et LAA, l'audition des Drs P _____, Q _____ et V _____ et observé que l'atteinte à l'épaule était d'origine traumatique, que le certificat de la Dresse E _____ de reprise du travail pour le 9 janvier 2011, sur lequel l'OAI et la SUVA se fondaient, avait été annulé le 24 janvier 2011 et l'incapacité de travail confirmée par le Dr G _____, tout comme par le Dr F _____, qu'il convenait d'entendre ces médecins, afin de rectifier cet état de fait. Elle a transmis diverses pièces dont : · le courrier du 1^{er} juillet 2014 des Drs Q _____ et U _____; · un courrier du Dr V _____, FMH MPR, médecine du sport et manuelle, du 15 août 2014, selon lequel il suivait la patiente depuis deux mois; il avait effectué des injections ayant diminué les douleurs de 40%; les symptômes actuels et les lésions vues à l'arthro-IRM étaient de façon évidente en lien avec l'accident de 2011; cette pathologie était fréquemment observée après un choc sur le moignon de l'épaule; · trois certificats d'incapacité de travail totale signés par le Dr G _____ les 10 janvier, 7 février et 8 mars 2011, pour une durée indéterminée.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité limitée dans le temps.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas

objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).!endif>![if> 6. 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.!endif>![if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). !endif>![if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).!endif>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans

apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 9

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 10

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 11

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

E. 12

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 13

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA.

E. 14

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même

moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 15

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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.

E. 16

a) En l'espèce, l'OAI a retenu, dans sa décision du 28 janvier 2014, une incapacité de travail totale de la recourante du 1^{er} décembre 2010 au 31 mars 2011, selon l'avis du SMR du 1^{er} juillet 2013, lequel fait référence au rapport du CEMed du 27 septembre 2013. La recourante invoque une incapacité de travail totale dès l'accident du 1^{er} juin 2010 et conteste avoir recouvré une capacité de travail au 1^{er} avril 2011, en faisant valoir qu'elle souffrait de maux de dos, d'épaule, de tête, de problèmes de concentration, auditifs, olfactifs, gustatifs, d'étourdissement, de fatigabilité, de stress post-traumatique et d'une déviation de la paroi nasale; elle indique en outre, dès l'accident du 7 décembre 2011, une incapacité de travail totale jusqu'au 31 mars 2014, en raison de maux de tête, céphalées, vertiges, malaises, douleurs dans tout le corps, faiblesse des mains, des jambes, problèmes de concentrations, troubles de la mémoire, des peurs, troubles du sommeil et, après son accident du 8 novembre 2012, d'une déviation de la cloison nasale. La recourante se prévaut ainsi d'une incapacité de travail totale entre le 1^{er} juin 2010 et le 31 mars 2014. b) Le rapport du CEMed du 27 septembre 2013 et le complément du 6 octobre 2014 du Dr M_____, rendu à la demande de la chambre de céans, remplissent les critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante en ce qui concerne les diagnostics posés et l'évaluation de la capacité de travail de la recourante au jour de l'expertise, laquelle a été reconnue comme pleine et entière. Il convient à cet égard de retenir non pas la date du rapport d'expertise, le 27 septembre 2013, mais celle du 18 juin 2013, date du dernier examen de la recourante, dès lors que la capacité de travail a été fixée par une appréciation interdisciplinaire postérieure en fonction des constatations faites en juin 2013. En revanche, la chambre de céans constate que le CEMed n'a pas clairement établi la capacité de travail de la recourante entre le 1^{er} juin 2010 et le 18 juin 2013. Celle-ci peut cependant être évaluée en fonction de toutes les pièces du dossier. En effet, il ressort de cette expertise que la recourante présente, au jour de son examen, une capacité de travail complète en temps et rendement dans toute activité hors ambiance sonore élevée depuis la fin des traitements inhérents aux séquelles des accidents. Or, la date de la fin des traitements n'a pas été spécifiée par les experts. Questionné par la chambre de céans, le Dr M_____, du CEMed, a précisé le 6 octobre 2014 que l'incapacité totale de travail de la

recourante avait duré du 1^{er} juin 2010 au 11 janvier 2011. Il a relevé que dès l'accident du 7 décembre 2011, une incapacité de travail initiale de cinq jours avait été prolongée par le médecin-traitant et que l'incapacité de travail qui avait suivi l'accident du 8 novembre 2012 entrerait possiblement dans celle, non terminée, de l'accident du 7 décembre 2011; enfin, il n'était pas possible de justifier ou de réfuter les incapacités de travail octroyées par les médecins-traitants à la suite des divers accidents. Il est ainsi établi que la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2010, date de son premier accident, et non pas seulement depuis le 1^{er} décembre 2010, comme retenu par le SMR. S'agissant de la date à laquelle la recourante a recouvré une capacité de travail totale, l'expertise n'indique tout d'abord pas pour quelle raison la capacité de travail serait rétablie dès le 11 janvier 2011. Il semble que cette position se fonde sur le premier avis du 21 décembre 2010 de la Dresse E_____ établissant une reprise de travail au 9 janvier 2011. Cependant, la Dresse E_____ a certifié ensuite, soit le 21 février 2011, une incapacité totale de travail de la recourante. Cette incapacité de travail a également été attestée par les Drs D_____ et F_____ les 18 et 14 janvier 2011. Ensuite, l'expertise admet qu'au jour de l'accident du 7 décembre 2011, une reprise de travail était programmée, laquelle a été impossible en raison de la survenance de cet accident (rapport d'expertise, p. 13), ce qui laisse supposer que l'incapacité de travail a perduré entre l'accident du 1^{er} juin 2010 et celui du 7 décembre 2011. Il en est de même de la période entre le 7 décembre 2011 et le 8 novembre 2012, le Dr M_____ ayant estimé qu'il était possible que l'incapacité de travail due à l'accident du 8 novembre 2012 entre dans celle, non terminée, du 7 décembre 2011. Il est, à ce stade, établi que la recourante a été en incapacité de travail depuis le 1^{er} juin 2010 et en pleine capacité de travail dès le 18 juin 2013. S'agissant de la période entre ces deux dates, force est de constater que l'expertise du CEMed et le complément du Dr M_____ s'en remettent finalement à l'appréciation des médecins-traitants, lesquels ont attesté d'une incapacité de travail totale et continue de la recourante, à la suite des divers accidents dont elle a été victime, à tout le moins du 1^{er} juin 2010 au 18 juin 2013 (Dr E_____, Dr F_____, Dr D_____, Dr G_____). Cette incapacité de travail était principalement motivée par des troubles mnésiques (Dr G_____, avis du 14 mai 2014) et un syndrome post-commotionnel et post-traumatique (Dr D_____, avis du 28 avril 2014). A cet égard, aucun document médical ne permet de remettre en cause ces avis, lesquels sont au surplus corroborés par les experts du CEMed, de sorte qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, il est établi que la recourante a présenté une incapacité de travail totale entre le 1^{er} juin 2010 et le 18 juin 2013, date de son dernier examen au CEMed, dont le rapport a attesté d'une capacité de travail totale recouvrée à cette date. c) Enfin, il est à relever que, par décision du 12 mars 2014, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 31 mars 2014, à la suite des accidents des 7 novembre 2011 et 8 novembre 2012 et que, par arrêt de ce jour, la chambre de céans a constaté que la recourante ne présentait pas d'atteinte psychiatrique ou neuropsychologique au-delà du 31 mars 2014, mais renvoyé la cause à la SUVA pour que celle-ci instruisse la question de l'atteinte à l'épaule droite de la recourante. Cet arrêt, qui concerne le droit aux prestations LAA de la recourante, en particulier la prise en charge des frais médicaux et l'octroi d'une IPAI au-delà du 31 mars 2014, n'a pas d'incidence sur la présente procédure, laquelle porte sur la question de la capacité de travail de la recourante entre le 1^{er} juin 2010 et le 31 mars 2014.

E. 17

En conclusion, la recourante a présenté une incapacité de travail de longue durée depuis le 1^{er} juin 2010 jusqu'au 18 juin 2013. Dès le 1^{er} juin 2011, elle a droit à une rente entière de l'assurance invalidité, jusqu'au 30 septembre 2013 (art. 28, 29 LAI et 88a al. 1 RAI). La

demande de prestations ayant été déposée le 18 novembre 2010, la recourante a droit aux prestations depuis le 1^{er} juin 2011.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 28 janvier 2014 sera annulée. Il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 30 septembre 2013. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.