

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3371/2017

ATAS/934/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 octobre 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1971 et d'origine serbe, est mariée et mère de deux enfants adultes. Elle est entrée en Suisse en janvier 1991 et a travaillé depuis 1994 en tant que femme de ménage, puis comme aide-hospitalière dans une clinique comme stérilisatrice, en dernier lieu à la B_____. Le contrat de travail a été résilié avec effet au 30 novembre 2013 en raison d'une absence de longue durée.
2. Le 6 février 2012, l'intéressée a subi une crâniotomie fronto-pariétale gauche avec résection Simpson I du méningiome. Il ressort du compte rendu opératoire de la même date du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) que la patiente était connue pour un méningiome fronto-pariétal gauche depuis 2009. En raison de la progression nette de ce méningiome chez une patiente se plaignant de céphalées surtout frontales, la résection s'était avérée nécessaire.
3. Cette opération a été suivie d'une radiothérapie pendant six semaines.
4. En mai 2012, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Le 20 mai 2012, l'assurée a repris le travail à 50%.
6. Dans son courriel du 10 juillet 2012 au médecin-conseil de l'employeur, le docteur C_____, Mme D_____ de la Direction des soins de l'employeur s'est étonnée qu'il était prévu que l'assurée reprît le travail à 100%, dès lors que ses collègues avaient constaté qu'elle avait régulièrement des pertes d'équilibre et se déplaçait en vacillant parfois. Elle ne pouvait remplir que partiellement ses fonctions au sein de la stérilisation, n'étant pas capable de porter de charges lourdes, notamment les boîtes d'instrumentation. Elle avait fait deux malaises pendant son travail et se plaignait régulièrement de très forts maux de tête. Après une matinée de travail, elle était épuisée et rentrait se coucher pour le reste de la journée. Les collègues ont également noté qu'elle avait des absences, si bien qu'ils devaient la contrôler pour pallier toute erreur. L'assurée aimait son travail et l'avait toujours effectué avec beaucoup d'application. Aujourd'hui, elle ne semblait plus être en mesure d'accomplir correctement sa tâche.
7. Dans son rapport du 31 octobre 2012, le docteur E_____ a émis les diagnostics de céphalées sur la base d'un méningiome opéré en février 2012, de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de lombalgie chronique récidivante, de naevus pigmenté de l'hémithorax extirpé en 1997 et d'état avancé de dépression depuis août 2012. Elle avait été en incapacité de travail totale du 3 février au 20 mai 2012, selon les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), puis à 50% jusqu'au 15 juillet 2012. Dès cette date et jusqu'au 25 août 2012, la capacité de travail avait été totale, mais nulle depuis le 26 août 2012 pour une durée indéterminée.
8. Selon le rapport d'évaluation du 28 novembre 2012 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), l'assurée avait terminé les traitements de chimio- et de radiothérapie. Elle se sentait mal, faible et souffrait de vertiges. Ayant peur de tomber, elle marchait avec une canne et sortait très peu de chez elle. Elle dormait

mal et ne faisait plus grand-chose à la maison, déléguant la cuisine et le ménage à sa fille. Une tentative de reprise de travail avait échoué et elle était à nouveau à l'arrêt complet dès août 2012. L'impression générale était une personne complètement anéantie par son état dépressif.

9. Selon le rapport du 29 novembre 2012 de la doctoresse F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif. Son état s'était dégradé petit à petit après son opération. À l'entretien, elle était déprimée. Elle ressentait une grande fatigue, avait des troubles de la mémoire à court terme, n'avait pas envie de voir des gens, avait l'impression que les gens se moquaient d'elle, n'avait pas confiance en elle ni dans les autres et se plaignait de troubles du sommeil. À cela s'ajoutait qu'elle ne sentait pas le goût de la nourriture. Elle pleurait durant l'entretien et avait peur de mourir, surtout quand elle avait mal à la tête. Elle ne faisait rien à la maison par peur de brûler la nourriture. Elle se plaignait aussi de douleurs au bras droit. Le traitement consistait en psychothérapie et médicaments. Sa capacité de travail était nulle depuis le 27 (recte 26) août 2012.
10. Selon le rapport du 16 janvier 2013 du docteur G_____ du Service radio-oncologie des HUG, l'assurée présente un méningiome atypique et une dépression majeure. Sa capacité de travail est nulle, mais on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
11. Le 12 février 2013, le Dr E_____ a confirmé à l'OAI qu'une reprise de travail avait été possible du 16 juillet au 25 août 2012. Cependant, dans la mesure où l'assurée se plaignait de vertiges rotatoires et de céphalées, elle avait été mise de nouveau en arrêt de travail dès le 26 août 2012 pour une durée indéterminée.
12. Le 15 mars 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement possible.
13. Dans leur rapport de contrôle du 28 mars 2013, les Drs G_____ et H_____ des HUG ont constaté qu'à dix mois de la fin de la radiothérapie, il n'y avait pas d'argument clinique ou radiologique pour une récurrence de la maladie de base. L'assurée présentait une alopecie localisée pariétale gauche grade CTCAE 1, radio-induite.
14. Le 24 avril 2013, le Dr G_____ a attesté que l'état était resté stationnaire. La patiente était toujours très déprimée. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle et la compliance était optimale, ainsi que la concordance entre les plaintes et l'examen clinique. On pouvait envisager un retour au travail ultérieurement.
15. Le 30 avril 2013, l'assurée a été soumise à une expertise par le docteur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH. Dans son rapport du 2 juillet 2013, l'expert n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. À titre de diagnostics sans répercussion sur celle-ci, il a mentionné un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, et un probable trouble somatoforme indifférencié. La capacité de travail était de 100 % dès le moment de l'expertise. Il n'y avait aucune

limitation fonctionnelle. Dans les plaintes subjectives, l'assurée avait décrit un isolement, qu'elle ne sortait pas seule, se sentait fatiguée et incapable de faire quoi que ce soit. Elle avait également des troubles de la mémoire et de la concentration. Elle peinait à s'entretenir avec d'autres personnes que sa famille. À cela s'ajoutait une certaine rumination. Par ailleurs, elle était anxieuse depuis la survenue de ses problèmes de santé avec des épisodes d'anxiété paroxystique une à deux fois par semaine accompagnés d'une oppression thoracique et de difficultés respiratoires, ainsi que de vertiges. L'état émotionnel était variable, parfois en colère et à d'autres moments triste. Dans les constatations objectives, l'expert n'a pas noté des troubles de la vigilance, à l'exception de quelques troubles attentionnels. Il y avait une importante attitude régressive et l'assurée était prise dans un processus d'invalidation, sans qu'elle fût en prise à une souffrance psychique envahissante. L'expert n'a observé de fatigue particulièrement marquée ni durant ni en fin d'entretien. Enfin, il a mentionné que l'assurée avait repris le travail d'abord à 50%, puis pendant trois jours à 100% en juillet 2012. Par la suite, elle avait été en vacances.

16. Le 16 mai 2013, le docteur E_____ a attesté que l'état s'était aggravé. La capacité de travail était nulle, la compliance optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.
17. Par décision du 6 août 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée la prise en charge du coût d'une perruque.
18. Dans un avis médical du 6 septembre 2013, le docteur J_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a considéré que la capacité de travail exigible était de 100 % dans l'activité habituelle et une activité adaptée depuis le 4 juin 2013.
19. Le 7 octobre 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de prestations.
20. Par courrier du 7 octobre 2013, l'assurée s'est opposée à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil, en se fondant notamment sur les rapports de la Dresse F_____ des 15 août et 21 octobre 2013, du docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, ainsi que le courriel du 10 juillet 2012 à Madame D_____. L'assurée a relevé par ailleurs qu'elle s'était présentée au travail le 16 juillet 2012, mais qu'elle n'avait en réalité toujours pas été en mesure de travailler, si bien qu'il n'était pas justifié d'admettre une interruption de l'incapacité de travail du 16 juillet au 26 août 2012. Enfin, il y avait lieu de compléter le dossier concernant les problèmes cognitifs, céphalées et vertiges, lesquels ne pouvaient pas être simplement mis sur le compte d'une attitude régressive.
21. Selon le rapport précité de la Dresse F_____ du 15 août 2013, l'assurée présentait une incapacité de travail totale, étant très déprimée et angoissée avec des idées suicidaires par moments. Elle avait des troubles du sommeil et de l'appétit avec une perte de poids de 2,5 kg par mois. Par ailleurs, elle avait un trouble de la

concentration et de la mémoire à court terme, avec pour conséquence qu'elle brûlait la nourriture, en oubliant les casseroles sur les plaques de cuisson. Elle était très méfiante et se sentait persécutée par les autres, se faisait toujours accompagner par son mari, avait peur d'une récurrence de sa tumeur, pleurait durant les entretiens, se sentait victime d'injustices et non comprise par les autres. Elle était en outre en retrait social, manquait d'énergie, était tendue et irritable. Elle n'avait pas confiance en elle ni dans les autres et des difficultés à faire face à la vie de tous les jours.

22. Le Dr K_____ a effectué en octobre 2013 un examen neurologique somatique et procédé à un bilan neuropsychologique. L'examen neurologique somatique a montré une hyperréflexie généralisée dominant aux membres inférieurs avec secousses cloniques achilléennes rapidement épuisables, mais sans signe d'atteinte pyramidale franche. L'examen neuropsychologique a révélé essentiellement des troubles de la mémoire antérograde verbale sévère et, en moindre mesure, antérograde visio-spatiale avec des troubles léger de certaines fonctions exécutives. L'examen électro-encéphalographique a montré uniquement des anomalies lentes fronto-tempo-pariétales gauches séquellaires de l'opération sur fond de fluctuations du niveau de la vigilance, mais sans signe d'irritation corticale. Les troubles cognitifs dont se plaignait l'assurée pourraient être soit en rapport avec les séquelles de son méningiome, en tout cas en partie, soit avec à la médication qu'elle prenait, raison pour laquelle ce médecin a proposé de les diminuer. Toutefois, l'état anxio-dépressif pouvait aussi jouer un rôle défavorable pour les troubles mnésiques. Pour poser un diagnostic définitif, il fallait suivre l'évolution, raison pour laquelle un nouveau bilan neuropsychologique de contrôle était nécessaire dans six mois.
23. Dans son courrier du 7 novembre 2013 à la Dresse F_____, le Dr K_____ a fait état d'un entretien avec l'assurée et son mari. L'assurée avait pleuré en fin d'examen à l'évocation de certaines séquelles, étant précisé notamment qu'elle était très gênée par une plaque d'alopecie. Le médecin avait insisté sur le fait qu'on ne pouvait pas prévoir la récupération de façon certaine et qu'il y avait un mélange de séquelles cérébrales et de perturbations émotionnelles en lien avec l'état dépressif. Il fallait être patient, l'évolution étant lente tant pour le dysfonctionnement cérébral que pour le rétablissement de la dépression. Toutefois, des améliorations, voire une restitution ad integrum étaient possibles. Le médecin avait proposé des stratégies, telles que s'aider d'une liste de commissions et de notes, diminuer des surcharges de stimulations et organiser les activités, afin que l'assurée pût les faire dans le calme. Il fallait aussi faire les activités par petits moments et les augmenter petit à petit.
24. Selon le rapport médical du 18 décembre 2013 de la Dresse F_____, l'assurée était toujours très déprimée et angoissée, se plaignait de troubles du sommeil avec cauchemars, ainsi que de troubles de la concentration et de la mémoire à court terme. Elle n'arrivait pas à faire face aux exigences de la vie de tous les jours pour le ménage et la cuisine, était repliée sur elle et avait peur de l'avenir. Elle était tendue, irritable et pleurait durant les entretiens. Elle avait aussi des difficultés à

prendre des décisions. À cela s'ajoutaient une perte de plaisir, un sentiment de culpabilité, un manque d'auto-estime, une grande fatigue et un manque d'énergie important. L'incapacité de travail était totale.

25. Dans son courrier du 24 septembre 2014 à la Dresse F_____, le Dr K_____ a notamment fait état de ce que l'assurée avait signalé six pertes de connaissance avec des prodromes sous forme de chaleur et vision floue, quatre fois la nuit lorsqu'elle se levait et deux fois dans la journée, en se levant également. Ses pertes de connaissances entraient vraisemblablement dans le cadre de malaises hypotensifs ou vasovagaux.
26. Le 13 octobre 2014, le Dr K_____ a informé la Dresse F_____ que l'examen électro-encéphalographique n'avait pas changé par rapport à celui effectué auparavant. Il montrait toujours un foyer d'anomalies lentes fronto-temporo-pariétales gauches séquellaires, mais sans signe d'activité épileptogène. Du bilan neuropsychologique de contrôle ressortait également toujours des séquelles d'une lésion fronto-pariétale avec des troubles sévères en mémoire antérograde verbale, des troubles modérés en mémoire visio-spatiale et des troubles légers de certaines fonctions exécutives (ralentissement, difficultés de flexibilité mentale, d'attention sélective, d'incitation verbale). Il y avait cependant une discrète amélioration de la mémoire verbale. Le ralentissement et les difficultés d'attention, ainsi qu'une légère baisse des praxies gestuelles persistaient. Ce qui dominait actuellement le tableau était l'état anxio-dépressif qui restait très important.
27. Dans un avis médical du 30 janvier 2015, le Dr J_____ a jugé nécessaire de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique.
28. En février 2016, le docteur L_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a procédé à une expertise de l'assurée. Dans son rapport du 20 avril 2017, soit plus d'une année après l'examen, il n'a posé aucun diagnostic avec incidence sur la capacité de travail. Les diagnostics d'anxiété généralisée, d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, de trouble somatoforme indifférencié n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail. Celle-ci était ainsi totale et ceci depuis mi-2013. L'expert a admis que l'assurée avait fait des efforts de réadaptation sous forme de reprise de travail en 2012. Toutefois, à ce moment, la symptomatologie dépressive était trop sévère, ce qui avait probablement conduit à l'échec de la mesure de réadaptation. Bien que l'expert dût avoir fondé l'expertise sur la lecture du dossier, il n'a fait aucun état dans son rapport des bilans neuropsychologiques effectués par le Dr K_____.
29. Dans son avis médical du 7 juin 2017, le docteur M_____ du SMR a considéré que l'expertise du Dr L_____ était convaincante, si bien que les précédentes conclusions du SMR restaient valables.
30. Par décision du 16 juin 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, dès lors qu'elle présentait une capacité de travail de 100% depuis le 4 juin 2013.

Elle n'avait pas non plus présenté une période d'incapacité de travail d'une année sans interruption notable, compte tenu du fait qu'elle avait repris le travail à 100% du 16 juillet au 26 (recte 25) août 2012.

31. Par acte du 16 août 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 6 février 2012, sous suite de dépens. Elle a répété que l'intimé avait retenu à tort une pleine capacité de travail du 16 juillet au 26 août 2012, ainsi que depuis le 4 juin 2013. L'expert n'avait par ailleurs pas tenu compte de ses plaintes. Il n'avait pas non plus pris en considération le courriel du 10 juillet 2012 de Mme D_____ et ni le rapport du 15 août 2013 de la Dresse F_____. La recourante a aussi fait observer que si le Dr L_____ avait certes pris contact avec la Dresse F_____ le 20 avril 2017 dans le cadre de son expertise, son expertise portait la même date, ce qui montrait qu'elle devait déjà être rédigée à ce moment, si bien que les observations faites par le médecin traitant n'avaient pas pu y être intégrées. L'expert n'avait pas non plus tenu compte des troubles de mémoire et de concentration dont la Dresse F_____ lui avait fait part. Ses considérations concernant l'endurance étaient contradictoires et il avait omis d'examiner la mémoire à très bref terme. A cela s'ajoutaient des inexactitudes dans les faits rapportés. Enfin, en raison des troubles décrits par la Dresse F_____, elle était incapable de reprendre son travail de stérilisation dans un bloc-opératoire. Par conséquent, il y avait lieu d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique.
32. Dans sa réponse du 14 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours considérant que l'expertise du Dr L_____ avait une pleine valeur probante. S'agissant des griefs concernant l'absence d'examen et la prise en compte du trouble de la mémoire, il ressortait de l'expertise que les plaintes directes de la recourante (sentiment de fatigue chronique, fatigabilité, oublis à répétition) n'avaient pas été objectivées lors de l'expertise. La recourante ne produisait en outre aucun nouvel élément médical mettant en cause les conclusions de l'expertise.
33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si la recourante peut bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité sous forme d'une rente.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).
5. 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.
6. 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. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.
8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément

utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. En premier lieu, il convient d'examiner si la recourante présente une année d'incapacité de travail d'au moins 40% sans interruption notable au moment où, selon l'intimé, elle a recouvré une pleine capacité de travail, soit le 4 juin 2013.

Il n'est pas contesté que la recourante était en incapacité de travail totale dès le 2 février 2012. Le 20 mai 2012, elle a repris le travail à 50%. A partir du 16 juillet 2012, les médecins ont attesté une capacité de travail de 100%. Toutefois, selon les déclarations de la recourante, elle n'avait travaillé que pendant trois jours à ce taux et était ensuite partie en vacances. Lorsqu'elle a repris le travail à son retour, elle a ressenti immédiatement des céphalées et des vomissements, raison pour laquelle a dû consulter en urgence (cf. expertise du Dr I_____, p. 3). Par la suite, une incapacité de travail totale est attestée dès le 26 août 2012 pour une durée indéterminée.

Du courriel du 10 juillet 2012 de Mme D_____ ressort que la recourante n'était en fait pas capable de travailler lorsqu'elle est revenue au travail. En effet, selon ses collègues, elle avait régulièrement des pertes d'équilibre, se déplaçait en vacillant parfois, ne pouvait porter des charges lourdes et donc les boîtes d'instrumentation, avait fait deux malaises et se plaignait régulièrement de très forts maux de tête (au point de tenir sa tête dans ses mains en serrant les dents). Elle avait par ailleurs fait part à ses collègues qu'elle était épuisée après ses matinées de travail et rentrait se coucher pour le reste de la journée. Ses collègues ont aussi noté qu'elle avait des absences, au point de ne plus se rappeler ce qu'elle venait d'emballer ou de mettre dans la boîte d'instruments. Les collègues devaient ainsi sans cesse être derrière elle, afin de prévenir tout malaise ou mal-être et pallier les erreurs, lesquelles pouvaient être gravissimes en stérilisation dans le bloc opératoire. En plus de leur propre tâche, les collègues devaient donc aider et soutenir l'assurée dans son travail. Par ailleurs, l'assurée présumait de ses forces, ne s'écoutait pas et avait très peur de perdre son travail, ce qui l'amenait à minimiser et à dissimuler son état de santé et son ressenti.

Au demeurant, le Dr L_____ retient également dans son expertise que la symptomatologie dépressive était trop sévère au moment de la reprise de travail, ce qui a probablement conduit à l'échec de celle-ci (p. 13 ch. 4).

Par conséquent, il sied d'admettre que la recourante n'était pas réellement capable de travailler dès mai 2012 et encore moins à 100% à compter du 16 juillet 2012. Par ailleurs, elle n'a travaillé à 100% que pendant trois jours et était ensuite partie en vacances. La période de vacances ne saurait toutefois être considérée comme une période de capacité de travail, d'autant moins que la recourante n'était à l'évidence pas en mesure d'accomplir correctement son travail et présentait plutôt une charge pour ses collègues qui devaient constamment la surveiller. Elle n'avait en outre aucune raison de se faire établir un certificat d'incapacité de travail pendant la période des vacances.

Cela étant, il appert qu'au moment où l'intimé a considéré qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail, soit en juin 2013, elle présentait une incapacité de travail de plus 40% en moyenne depuis quinze mois sans interruption notable, la reprise de travail de trois jours à 100% ne pouvant être considérée comme telle. Comme elle était en février 2013 en incapacité de travail à 100% et que l'éventuelle amélioration

de l'état de santé ne doit être prise en considération qu'après une période de trois mois (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201), elle a au moins droit à une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013.

11. Reste à examiner le droit à une rente dès octobre 2013.

Pour admettre une pleine capacité de travail depuis juin 2013, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr L_____. Selon ce médecin, et également le Dr I_____, la recourante ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique incapacitante.

Cependant, de l'avis de la Chambre de céans, aucune valeur probante ne peut être attribuée à l'expertise du Dr L_____. En effet, celle-ci ne prend manifestement pas en compte l'intégralité du dossier médical, notamment les constatations du Dr K_____ sur la base des examens neurologiques et deux bilans neuropsychologiques. Ceci est d'autant plus choquant que les plaintes de la recourante ont porté sur ses nombreux oublis dans la vie de tous les jours. À la question de savoir ce qu'il l'empêcherait de travailler, elle déclare au Dr L_____ que ce sont les oublis, la fatigue et le fait qu'elle ne pourrait plus réfléchir suffisamment pour trier correctement les instruments médicaux.

Le Dr L_____ ne pouvait notamment pas écarter les plaintes de la recourante concernant les troubles cognitifs sur la base d'un seul examen clinique. En effet, en présence de tels troubles, il convient de les faire objectiver par un bilan neuropsychologique.

Or, selon le dernier bilan neuropsychologique du Dr K_____ en octobre 2014, la recourante présente toujours des séquelles d'une lésion fronto-pariétale avec des troubles sévères en mémoire antérograde verbale et des troubles légers de certaines fonctions exécutives (ralentissement, difficultés de flexibilité mentale, d'attention sélective et d'incitation verbale). Par rapport au précédent examen, il y a uniquement une discrète amélioration de la mémoire verbale. Par ailleurs, l'état anxio-dépressif domine.

En outre, la mission de l'expert, selon le médecin du SMR, était une expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique. Ce volet, indispensable en l'occurrence au vu des plaintes de la recourante, faisant défaut et l'expert n'ayant de surcroît pas tenu compte des examens neuropsychologiques antérieurs, l'expertise ne peut être considérée comme complète. Au vu du résultat des examens neuropsychologiques, elle n'est pas non plus convaincante.

12. Il s'avère ainsi que l'instruction de la cause est lacunaire, l'incapacité de la recourante ne pouvant être déterminée uniquement sur la base d'expertises psychiatriques, mais nécessitant des examens neuropsychologiques.

Dans la mesure où le dernier examen neuropsychologique est antérieur de plus de deux ans et demi à la décision litigieuse, il y a lieu de refaire un bilan neuropsychologique. Par ailleurs, il convient de compléter les constatations

médicales par un stage dans un centre d'observation professionnelle, afin d'établir concrètement quelle est la répercussion des troubles cognitifs sur la capacité de travail.

13. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013. La cause sera par ailleurs renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre un nouveau bilan neuropsychologique et, si sur la base de celui-ci une capacité de travail résiduelle paraît probable, un stage d'observation professionnelle à titre de mesure d'instruction. Ceci fait, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter d'octobre 2013.
14. Dès lors que l'intimé succombe partiellement, une indemnité de CHF 3'000.- est octroyée à la recourante à titre de dépens.
15. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 16 juin 2017.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière de février à septembre 2013.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'un bilan neuropsychologique et, si sur la base de celui-ci une capacité de travail résiduelle paraît probable, d'un stage d'observation professionnelle, ainsi que pour nouvelle décision sur le droit aux prestations à compter d'octobre 2013.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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