

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/128/2015

ATAS/368/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 10 mai 2016**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Mme B\_\_\_\_\_, à GENÈVE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gérard  
MONTAVON

recourante

contre

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

intimée

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1957 et de nationalité portugaise, est mère de deux filles, nées en 1973 et 1978, et veuve depuis 1986. Dès 2006, elle avait travaillé comme employée de maison pour un salaire annuel de CHF 41'161.-.
2. Le 19 août 2009, un scanner a mis en évidence une fracture-tassement du plateau supérieur de L2 d'aspect récent, suite à des lombalgies avec syndrome vertébral L3-L4.
3. Le 17 juin 2012, l'intéressée a été renversée par une voiture, en traversant un passage à piétons. Cet accident a provoqué des contusions multiples et un traumatisme crânio-cérébral simple, selon le rapport médical du 26 juin 2012 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH, et engendré une incapacité totale de travailler. Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents, Generali Assurances générales SA (ci-après : la Generali).
4. Dans son rapport du 11 octobre 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, généraliste FMH, a contrôlé le bienfondé de l'incapacité de travail de l'assurée, à la demande de la Generali. Il a constaté que l'accident avait provoqué des contusions et une dermabrasion du genou gauche. Les différents examens pratiqués lors de son hospitalisation et en particulier un scanner thoraco-abdominal s'étaient révélés normaux. Actuellement, l'assurée se plaignait de douleurs de l'hémicorps gauche, côté sur lequel elle était tombée. Dans le courant du mois d'août 2012, elle avait repris son activité à 50%. Compte tenu d'un éventuel syndrome de stress post-traumatique, le Dr D\_\_\_\_\_ a proposé de mettre en route une prise en charge cognitivo-comportementale de brève durée. En attendant, il a confirmé une incapacité de travail à 50% jusqu'au 15 novembre 2012.
5. Dans son rapport du 24 décembre 2012 à la Generali, le Dr D\_\_\_\_\_ a constaté que la situation clinique était restée stationnaire depuis la dernière consultation et qu'une prise en charge psychothérapeutique avait été initiée. L'assurée travaillait toujours à 50%. Une radiographie du rachis dorsal avait mis en évidence une cunéiformisation de la vertèbre D7. Il a confirmé la capacité de travail à 50%, tout en suggérant une évaluation rapide auprès de l'assurance-invalidité.
6. En mars 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
7. Selon le rapport du 21 mai 2013 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), dans le cadre de l'intervention précoce, une incapacité de travail totale est attestée à partir du 25 avril 2013. En attendant les résultats des récents examens médicaux et les conclusions de l'expertise mise en œuvre par la Generali, il convient d'étudier la possibilité d'une prise en charge d'un cours de français pour

débutants, idéalement avec alphabétisation. L'assurée souhaite reprendre l'activité professionnelle qu'elle exerçait depuis l'âge de 16 ans et n'envisage pas son futur autrement.

8. Dans son expertise du 22 août 2013, rendue dans le cadre du Centre d'expertise médicale (CEMed) sur mandat de la Generali, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a posé le diagnostic de coxarthrose. Actuellement, l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse diffuse sur l'ensemble du rachis et du membre inférieur gauche avec une impotence fonctionnelle importante. Ces deux symptomatologies n'étaient pas expliquées par les éléments objectifs du dossier. Au niveau de la colonne lombaire, elle avait subi un tassement ostéoporotique (L2). Le Dr E\_\_\_\_\_ a aussi constaté des tassements vertébraux au niveau de la colonne dorsale (D7 et D6). L'incapacité de travail était totale dans la profession de femme de ménage en raison des troubles dégénératifs multiples au niveau rachidien et des hanches. Une capacité de travail ne pourrait exister que dans une profession légère, sans port de charges, avec des possibilités de changements fréquents de position et des déplacements sur de courtes distances.
9. Les 11 avril et 12 mai 2014, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par les docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie FMH, et G\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR). Dans leur rapport du 11 août 2014, ils ont posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après fractures probablement ostéoporotiques de D7, D6 et L2, de coxarthrose bilatérale modérée à prédominance gauche, de syndrome rotulien bilatéral à prédominance gauche après contusion et plaie cicatrisée du genou gauche, et d'ostéoporose. Parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les médecins ont notamment mentionné une fibromyalgie (treize points typiques sur dix-huit). La capacité de travail en tant qu'employée de maison était nulle. Elle était complète dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire, à savoir : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, absence de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, absence d'exposition aux vibrations, de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, de rotations rapides de la tête et de position prolongée en flexion-extension de la nuque. Au niveau des membres inférieurs, l'assurée devait éviter la genuflexion répétée, le franchissement d'escabeaux ou d'échelles, le travail en hauteur, le franchissement régulier d'escaliers, la marche en terrain irrégulier et de plus d'une demi-heure, ainsi que la position debout. Quant à la fibromyalgie, elle

n'était pas invalidante, en application de la jurisprudence actuelle. L'assurée était une femme fruste, équilibrée, sans moyens d'introspection, volontaire, combative de ses propres droits, avec de bonnes ressources d'adaptation au changement. Il était possible qu'elle eût pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle après son accident en 2012. Toutefois, cette symptomatologie s'était améliorée, ce qui avait été objectivé lors de l'examen clinique par les médecins du SMR. Partant, une incapacité de travail totale a été admise du 17 juin au 2 septembre 2012 et de 50% jusqu'au 24 avril 2013 dans l'activité d'employée de maison. Dès le 25 avril 2013, la capacité de travail était nulle de manière définitive dans cette activité. Par contre, elle était complète dès le 3 septembre 2012 dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

10. Le 26 août 2014, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée à 0%, sur la base d'un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 46'014.-, en tenant compte d'une réduction du salaire statistique de 15%, en raison des handicaps et de l'âge de l'assurée, et d'un revenu annuel brut réactualisé sans invalidité de CHF 41'160.-.
11. Le 29 août 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations. Elle n'avait pas non plus droit au reclassement, le manque à gagner étant inférieur à 20%.
12. Par courrier du 3 octobre 2014, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Sur la base d'un courrier du 11 août 2014 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, et d'une ostéodensitométrie biphonotonique du 17 juin 2014, elle a fait valoir que l'ostéoporose s'était aggravée malgré le traitement de biphosphonate. Ainsi, la déperdition osseuse était de 30% pour le rachis, de 42% pour le col fémoral et de 35% pour la hanche. Elle devait en outre se faire opérer du canal carpien au début de l'année 2015. L'assurée a aussi joint un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 8 septembre 2014 attestant une capacité de travail nulle.
13. Dans son avis médical du 20 novembre 2014, le docteur I\_\_\_\_\_ du SMR, a considéré que la péjoration objectivée dans l'ostéodensitométrie du 17 juin 2014 était vraisemblablement déjà présente au moment de l'examen clinique par les médecins du SMR en avril et mai 2014, dès lors que l'ostéoporose évoluait toujours lentement. Ainsi, il n'y avait pas d'éléments objectifs pour changer d'avis.
14. Par décision du 27 novembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.
15. Par acte du 14 janvier 2015, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi de mesures de réorientation, sous suite de dépens. Préalablement, elle a demandé notamment son audition, ainsi que celle du Dr E\_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire,

orthopédique et psychiatrique. Elle a reproché notamment à l'intimé d'avoir omis de lui indiquer quelle autre activité elle pourrait exercer.

16. Dans sa réponse du 2 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a considéré qu'au vu des limitations fonctionnelles, il était manifeste que toute activité sédentaire légère était encore possible. Dans ces conditions, il n'était pas nécessaire de spécifier l'activité adaptée, selon la jurisprudence. En ce qui concerne les mesures de reclassement professionnel, celles-ci ne pouvaient être accordées que si le degré d'invalidité atteignait au moins 20%, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.
17. Par écriture du 22 avril 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a mis en exergue qu'elle sera âgée bientôt de 58 ans, ne parlait pratiquement pas ni ne comprenait le français, de sorte qu'elle devait se faire accompagner par ses filles lors des consultations chez les médecins. En outre, indépendamment de ses handicaps, il était certain qu'aucun employeur ne prendrait le risque d'engager une personne de son âge et n'ayant plus travaillé depuis trois ans. Enfin, au vu de l'ancienneté du rapport d'expertise du CEMed, la question de l'opportunité d'une nouvelle expertise se posait, dès lors que la doctoresse J\_\_\_\_\_ avait certifié une incapacité de travail de 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 jusqu'au 31 janvier 2015. La recourante a annexé à l'appui de ses dires les certificats médicaux de ce médecin dans ce sens.
18. Entendue le 20 mai 2015 par la chambre de céans, la recourante a déclaré qu'elle ne pensait pas pouvoir travailler en position assise, devant alterner les positions. Elle n'avait aucune idée du genre de travail elle pourrait encore accomplir. Si on lui trouvait quelque chose qu'elle pût faire, elle le ferait. Son avocat a par ailleurs produit des rapports médicaux des doctresses K\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Les nouveaux éléments médicaux mis en évidence par ces médecins expliquaient les limitations fonctionnelles, ce qui amènerait éventuellement la recourante à changer ses conclusions. Quant à l'intimé, il a expliqué que, selon son service de réadaptation, les limitations fonctionnelles de la recourante étaient compatibles avec les activités suivantes : employée de conditionnement dans l'industrie légère et dans l'horlogerie, contrôleur en polissage dans l'horlogerie ou la bijouterie, surveillante de musée et vente dans un petit kiosque.
19. Selon le rapport médical du 15 avril 2015 de la Dresse K\_\_\_\_\_ produit lors de l'audience précitée, il y a une claire amélioration de la neuropathie cubitale droite depuis l'examen précédent du 1<sup>er</sup> septembre 2014. Il n'y avait ainsi plus d'atteinte myélinique du nerf cubital droit. Des signes en faveur d'un syndrome du tunnel carpien droit persistaient, sans indication opératoire pour l'instant.

20. Selon le rapport du 20 mai 2015 de la Dresse K\_\_\_\_\_ transmis par la recourante, cette dernière relatait les sensations de fourmillements aux membres supérieurs, davantage à droite, ainsi que des vertiges, des céphalées et une impression de faiblesse aux membres inférieurs depuis l'accident. Les proches décrivaient par ailleurs un changement de son caractère, la recourante étant plus passive qu'auparavant, cependant sans trouble de la mémoire ni de la concentration. A l'IRM cérébrale, une lésion étendue a été mise en évidence au niveau du pédoncule cérébelleux moyen droit. Pour exclure, Une angio-IRM cérébrale n'a pas confirmé une dissection de l'artère vertébrale droite, ce qui n'excluait cependant pas qu'une ancienne dissection post-traumatique eût pu être responsable de cette lésion.
21. Dans le rapport daté du 15 juin (recte mai) 2015 de la Dresse J\_\_\_\_\_, produit à l'audience précitée, il est fait état de deux éléments nouveaux :
- la présence d'un état dépressif, très probablement depuis son accident, lié aux diverses pertes subies par la recourante tant au niveau de son état de santé qu'au niveau socio-professionnel; le médecin traitant a insisté pour que la recourante fût suivie par un collègue psychiatre;
  - la découverte d'un problème neurologique par la Dresse K\_\_\_\_\_, dont il convenait de déterminer s'il avait un lien avec l'accident et s'il avait des répercussions sur la capacité de travail.
22. Le 3 juin 2015, la recourante a produit le rapport du 21 mai 2015 de la Dresse K\_\_\_\_\_ selon lequel une IRM cérébrale a mis en évidence une lésion cérébrale, laquelle expliquait les symptômes, à savoir les sensations vertigineuses, les maux de tête, la faiblesse des membres inférieurs et les troubles sensitifs aux membres supérieurs. L'origine de cette lésion cérébrale n'était pas connue mais une cause post-traumatique ne pouvait être écartée.
23. Par écriture du 15 juin 2015, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente complète, au vu des nouveaux éléments médicaux mis en évidence.
24. Dans son avis médical du 5 juin 2015, la doctoresse L\_\_\_\_\_ du SMR a fait observer que la présence d'un syndrome pyramidal droit n'était pas clairement corroboré par les éléments du status décrits par la neurologue, en l'absence d'une hémiplégie, d'une asymétrie des réflexes ostéo-tendineux, de spasticité objectivée et de signe de Hoffman. Il n'y avait pas d'indication concernant la nature de la lésion cérébrale objectivée à l'IRM de 2015 (vasculaire ischémique ou hémorragique, tumorale ou autre). Par ailleurs, le bilan réalisé lors de l'accident du 17 juin 2012 avait comporté un scanner cérébral qui n'avait montré aucun saignement, avait vérifié la perméabilité et donc l'intégrité des troncs supra-aortiques dont font partie les artères vertébrales. Il apparaissait ainsi peu plausible que la lésion retrouvée lors du bilan neurologique de 2015 eût un lien de causalité

avec l'accident. Une symptomatologie analogue à celle décrite par la Dresse K\_\_\_\_\_ ne pouvait en outre être retrouvée dans l'expertise orthopédique du CEMed et dans l'examen rhumato-psychiatrique du SMR en 2014. Ainsi, cette symptomatologie et donc la lésion cérébrale constituaient une aggravation postérieure à la décision querellée.

25. Le 26 août 2015, la Dresse K\_\_\_\_\_ a été entendue par la chambre de céans et a déclaré ce qui suit :

« L'IRM cérébrale a été effectuée le 16 avril 2015.

Je suis Mme A\_\_\_\_\_ depuis le 1er septembre 2014.

Mme A\_\_\_\_\_ m'a été envoyée en raison de fourmillements des deux mains, prédominants à droite. Les examens effectués dans un premier temps ne permettaient pas d'expliquer ces symptômes, raison pour laquelle j'ai procédé à des examens complémentaires. A l'examen clinique j'ai constaté une altération de la coordination des yeux un nystagmus, une insensibilité du visage à droite et du membre supérieur droit. C'est la raison pour laquelle une IRM cérébrale a été réalisée.

Cet examen a mis en évidence une lésion au pendicule cérébelleux, ainsi qu'au bulbe. Il y a aussi une lésion péri-ventriculaire frontale gauche. L'étiologie de ces lésions n'est pas claire à ce jour.

Parmi les symptômes typiques pour de telles lésions, on trouve notamment des troubles de l'équilibre, des céphalées, des troubles sensitifs dans les membres supérieurs, des vertiges et une faiblesse des membres inférieurs. Selon mon appréciation les symptômes de vertiges, de nausées occasionnelles, fourmillements dans les mains, la faiblesse des membres inférieurs, la fatigue et le nystagmus dont a fait état Mme A\_\_\_\_\_, doivent être attribués aux lésions cérébrales constatées.

Dans le cas de Mme A\_\_\_\_\_ les symptômes cliniques typiques de la lésion cérébrale en cause ne sont pas très spectaculaires. Cela me fait dire qu'il doit s'agir d'une lésion ancienne, c'est-à-dire qui existait déjà au moins depuis quatre semaines avant l'IRM. La lésion peut être d'origine vasculaire, traumatique ou inflammatoire. En l'occurrence, une origine traumatique ne paraît très probable, sans pouvoir être exclue néanmoins. Il est également à relever qu'une deuxième IRM cérébrale réalisée le 19 mai 2015 n'a montré aucune évolution des lésions, ce qui fait penser également qu'il doit s'agir d'une lésion ancienne.

Il m'est difficile de me prononcer sur la capacité de travail tant que nous ne savons pas exactement quelle est la cause des lésions cérébrales. S'il s'agit d'une lésion vasculaire ou inflammatoire, il faut s'attendre à ce que les symptômes augmentent, du moins sans traitement. Si la cause est traumatique, on peut partir de l'hypothèse

qu'il s'agit d'une lésion qui restera stable. Néanmoins, je ne verrai pas Mme A\_\_\_\_\_ travailler à 100 %. Cependant, une activité assise quelques heures par jour n'est pas incompatible avec les atteintes neurologiques, à l'heure actuelle, du moins si elle ne doit pas déambuler.

Un bilan complet sur les causes des lésions cérébrales sera effectué à partir de l'automne. Plusieurs examens devront être effectués et un neuroradiologue consulté. Ces examens seront vraisemblablement terminés au début de l'année 2016.

Dans la mesure où Mme A\_\_\_\_\_ n'a pas fait l'objet d'une expertise neurologique à ce jour, la mise en œuvre d'une telle expertise me paraît nécessaire.

Sur questions de l'intimé je précise qu'une IRM cérébrale n'a été réalisée que sept mois après la première consultation en raison du fait que Mme A\_\_\_\_\_ avait consulté une autre neurologue. Par ailleurs, elle m'avait été envoyée par le chirurgien de la main pour confirmation d'un problème du tunnel carpien. Il est vrai que je n'ai pas testé à ce moment la sensibilité du visage. Ce n'est qu'à partir du moment où les symptômes de la main et les bras ne pouvaient être expliqués par un problème du tunnel carpien, que j'ai jugé nécessaire de procéder à un examen clinique plus étendu, ainsi qu'à d'autres examens radiologiques. C'est donc seulement en avril 2015, que j'ai constaté qu'il y avait aussi une insensibilité du visage à droite.

Une lésion inflammatoire peut évoluer par poussées et rester pendant longtemps asymptomatique. Il ne peut donc d'emblée être exclu que Mme A\_\_\_\_\_ présente les lésions en cause depuis l'âge de vingt ans par exemple. Seul un neuroradiologue expérimenté pourrait toutefois le constater. »

26. Le 16 février 2016, la Dresse K\_\_\_\_\_ a fait savoir à la chambre de céans que le bilan cardiologique effectué s'était avéré normal. La recourante a également été soumise à un bilan neuropsychologique, lequel avait été très limité, la recourante n'ayant jamais été scolarisée. Dans les épreuves effectuées, de nombreux résultats étaient déficitaires, mais il était impossible de déterminer s'il s'agissait d'une difficulté due à un manque de scolarité, à des troubles du développement ou à des difficultés acquises. La recourante était excessivement ralentie et paraissait déprimée. Les neuropsychologues avaient en outre découvert une hyperacousie, laquelle pouvait être rencontrée chez les patients avec des traumatismes cranio-cérébraux. Enfin, selon le neuroradiologue, les lésions cérébrales n'étaient pas d'origine traumatique, mais d'origine inflammatoire ancienne.
27. Dans son avis médical du 1<sup>er</sup> mars 2016, la Dresse L\_\_\_\_\_ a considéré qu'hormis le nystagmus, les symptômes relevés par la Dresse K\_\_\_\_\_ correspondaient essentiellement à des plaintes mal systématisées et subjectives. En outre, les

éléments objectifs concernant le status neurologique restaient peu détaillés. Les informations actuelles à disposition ne permettaient pas de préciser si les lésions cérébrales correspondaient à une atteinte engendrant des limitations fonctionnelles et, même si tel était le cas, depuis quand et avec quelle répercussion sur la capacité de travail.

28. Par écriture du 8 mars 2016, l'intimé a fait siennes les conclusions de l'avis médical du SMR précité.
29. Le 11 mars 2016, la recourante a transmis à la chambre de céans les certificats d'incapacité de travail à 100 % de la Dresse J\_\_\_\_\_ pour les mois d'août 2015 à mars 2016 et a informé la chambre de céans qu'elle était suivie sur le plan psychiatrique par la Dresse M\_\_\_\_\_.
30. Le 7 avril 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise neurologique judiciaire et de la confier au docteur N\_\_\_\_\_, neurologue. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'expert.
31. Le 19 avril 2016, la Dresse M\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans qu'elle suivait la recourante depuis le 19 novembre 2015. Elle a émis les diagnostics d'épisode dépressif sévère, d'état de stress post-traumatique, de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et de déficits cognitifs multiples polysectoriels et éducationnels alimentant un probable diagnostic de handicap mental léger. Les limitations fonctionnelles étaient, sur le plan psychomoteur, un regard fixe, souvent dirigé à côté de l'interlocuteur, rendant l'échange verbal difficile, la méconnaissance de la langue française, un débit verbal ralenti, avec des réponses la plupart du temps de type fermé, une insomnie sévère avec de grandes difficultés d'endormissement et un sommeil non réparateur. La psychiatre traitante était frappée par une thymie très dépressive, présente quasiment toute la journée, d'après son entourage. Durant les entretiens, la recourante avait pleuré lors de certaines séances. Elle était figée, comme prise dans un étau. Depuis son accident, elle présentait un grand sentiment de dévalorisation et avait le sentiment de ne plus être la même personne. La Dresse M\_\_\_\_\_ était aussi frappée par une bradypsychie, soit un ralentissement global de sa capacité à penser, à développer des idées et à exprimer des émotions, ce qui altérait son fonctionnement social et les interactions avec autrui. L'évaluation neuropsychologique avait mis en évidence de nombreux résultats déficitaires au niveau de sa perception et des répétitions de phrases complexes. Les symptômes de l'état dépressif étaient une inhibition psychomotrice, un ralentissement verbal, des insomnies avec somnolences diurnes et un ralentissement psychique. À ces symptômes s'ajoutaient des déficits neuropsychiques cognitifs. Enfin, la recourante était totalement analphabète. Sur le plan psychiatrique, elle était entièrement incapable de travailler

depuis l'accident de 2012. La dépression majeure était due à l'état de stress post-traumatique et à la probable modification durable de la personnalité, les séquelles physiques de l'accident et la conséquence socio-professionnelle, à savoir sa diminution sur le plan physique l'empêchant de reprendre son activité habituelle de femme de ménage, ainsi que toute autre activité même légère et sans port de charge. La Dresse M\_\_\_\_\_ a par ailleurs relevé que, dans sa profession, la recourante n'avait jamais eu besoin d'utiliser sa mémoire, les praxies, les gnosies des fonctions exécutives ni de compter, calculer et écrire. Or, aujourd'hui, elle n'avait plus les capacités physiques pour exercer ce métier et ses déficits cognitifs l'empêchaient d'appréhender un quelconque apprentissage dans un nouveau travail. Sa capacité de travail, en dehors des nettoyages, était ainsi nulle.

32. Dans son avis du 15 avril 2016, la Dresse L\_\_\_\_\_ du SMR a proposé de compléter la mission de l'expert par des nouvelles questions.
33. Par écriture du 28 avril 2016, l'intimé s'est rallié à cet avis.
34. Par écriture du 28 avril 2016, la recourante a renoncé à formuler des observations quant au choix et à la mission de l'expert.

### **EN DROIT**

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre 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 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En l'occurrence, une lésion cérébrale a été mise en évidence après que la décision querellée a été rendue. Il n'est pas établi si cette lésion existait déjà auparavant. Or, cette atteinte pourrait expliquer les limitations fonctionnelles de la recourante dans une activité adaptée sur le plan physique.

Par conséquent, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise neurologique judiciaire.

3. Celle-ci sera confiée au Dr N\_\_\_\_\_.
4. Quant à la mission de l'expert, l'intimé souhaite la compléter par des questions ayant trait aux critères élaborés par la jurisprudence pour les pathologies sans substrat organique et sans étiologie claire. Dans la mesure où la tâche du neurologue sera de déterminer la capacité de travail sur le plan neurologique uniquement, soit de façon objective, la chambre de céans ne voit pas l'utilité de poser de telles questions.

La question relative au traitement actuel et la compliance sur le plan neurologique ne semble pas non plus avoir sa place dans le cadre de cette expertise et devra le cas échéant être posée à un expert psychiatre, de sorte qu'elle ne sera pas non plus incluse dans la mission du Dr N\_\_\_\_\_. On voit en effet mal comment, sur le plan neurologique, des lésions cérébrales pourraient être traitées.

Par contre, la question sur la stabilisation de l'état sera ajoutée aux questions à l'expert.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr N\_\_\_\_\_.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame A\_\_\_\_\_.
  - Examiner personnellement l'expertisée.
  - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.
  - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
  - Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    1. Quels sont vos diagnostics sur le plan neurologique ?
    2. Quels symptômes, pouvant être attribués à la lésion cérébrale, présente l'expertisée? Depuis quand ces symptômes sont-ils présents?
    3. Quelle est la nature de la lésion cérébrale (vasculaire ischémique ou hémorragique, tumorale ou autre)?
    4. Depuis quand existe la lésion cérébrale au degré de la vraisemblance prépondérante? Était-elle vraisemblablement déjà présente avant l'accident du 17 juin 2012 et/ou fin novembre 2014, date de la décision de l'assurance-invalidité?
    5. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes neurologiques diagnostiquées? Lesquelles de ces limitations fonctionnelles sont en lien avec la lésion cérébrale?
    6. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée sur le plan neurologique dans une activité adaptée aux limitations physiques ?
    7. Depuis quand la capacité de travail est-elle diminuée sur le plan neurologique et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis juin 2012 ?
    8. En cas de capacité de travail résiduelle, des mesures de réadaptation sont-elles une condition *sine qua non* pour permettre à l'expertisée de mettre en valeur la capacité de travail dans une activité adaptée, sans

tenir compte de son analphabétisme et sa méconnaissance du français (facteurs étrangers à l'invalidité) ? En d'autres termes, au vu de son probable handicap léger et des limitations fonctionnelles sur le plan neurologique, serait-elle en mesure par ses propres moyens de se réinsérer dans le marché du travail, ou l'exécution d'une mesure de réadaptation est-elle un préalable indispensable à la réussite de la réinsertion professionnelle?

9. L'état de santé, sur le plan neurologique, est-il stabilisé ?

10. Quel est votre pronostic ?

11. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Dr N\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le