

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2301/2017

ATAS/68/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 janvier 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, à CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mirolub VOUTOV

Recourante

contre

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

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1958, a exercé divers métiers dans la restauration avant son arrivée en Suisse en 2007. En 2010, elle a été engagée en tant qu'aide de cuisine au restaurant C_____. À ce titre, elle était assurée contre les risques d'accident auprès de Swica Assurance SA (ci-après : Swica ou l'assureur-accident).
2. Le 25 juillet 2012, elle a été agressée physiquement par un collègue à son lieu de travail et a subi un traumatisme crânien occipital, ainsi qu'une lésion au niveau de l'épaule gauche. Depuis lors, son incapacité de travail était totale.
3. Les suites de de cet événement ont été prises en charge par l'assureur-accident.
4. L'imagerie radio-magnétique (IRM) de l'épaule gauche du 6 août 2012, a mis en évidence une rupture complète de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.
5. Le 18 janvier 2013, l'assurée a subi une opération consistant dans la réparation partielle du sus-épineux, ainsi qu'une ténotomie du long chef du biceps. En raison de douleurs insupportables, une nouvelle arthro-IRM a été pratiquée le 4 septembre 2013. Les images obtenues ont révélé que la coiffe des rotateurs postéro-supérieure était rompue.
6. Le 28 janvier 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en indiquant qu'elle souffrait d'un problème à l'épaule.
7. Le 18 avril 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de français.
8. Par communication du 11 septembre 2013, l'OAI lui a fait savoir qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement, en raison de son état de santé.
9. Le 20 octobre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'une expertise orthopédique était nécessaire et qu'il envisageait de la confier au docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
10. Le 4 février 2015, Le Dr D_____ a procédé à une intervention consistant dans la pose d'une prothèse totale inversée de l'épaule gauche, en raison de l'échec de l'opération précédente.
11. Le 3 mars 2015, le Dr D_____ a fait savoir à l'OAI qu'il n'avait pas réalisé l'expertise pour laquelle il avait été mandaté quelques mois auparavant. Ceci s'expliquait par le fait que la situation de l'assurée était sur le point de changer. En effet, elle avait bénéficié, le 4 février 2015, d'une nouvelle intervention à l'épaule et l'évolution était désormais satisfaisante.
12. Par pli du 2 juillet 2015 à l'OAI, le Dr D_____ a indiqué que depuis l'intervention du 4 février 2015, l'évolution de l'état de santé de l'assurée était bonne avec une

diminution des douleurs et de l'impotence fonctionnelle. Les limitations fonctionnelles actuelles prenaient la forme de douleurs à l'effort et de limitations de la mobilité, notamment en rotation externe. Dans une activité strictement adaptée, sa capacité de travail était entière six mois après l'intervention, soit depuis le début du mois d'août 2015.

13. Dans un rapport du 29 septembre 2015 à l'assureur-accident le Dr D_____ a indiqué que l'assurée présentait une lésion irréparable de la coiffe des rotateurs gauche. Selon ce médecin, il était exigible, d'un point de vue médical, que l'assurée participât à des mesures professionnelles (essai de travail, entraînement au travail, participation à un cours, etc.) si la mesure retenue ne sollicitait pas outre mesure son membre supérieur gauche. La capacité de travail était de 0% dans une activité de force ainsi que dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Le pronostic d'une reprise de cette activité était médiocre. L'assurée était limitée dans les activités qui nécessitaient de devoir soulever des charges, porter celles-ci loin du corps et ranger des objets sur une étagère. En revanche, des activités sans force étaient exigibles à 100% et une activité impliquant le port de charges légères (2-5 kg) exigible à 50%.
14. Dans un rapport du 23 novembre 2015, le docteur E_____, neurologue FMH, a mentionné que l'assurée était venue le consulter le 19 novembre 2015 pour un bilan des douleurs du membre supérieur gauche. La pose d'une prothèse totale inversée de l'épaule gauche en février 2015 avait permis une évolution nettement favorable du point de vue articulaire avec augmentation importante des amplitudes. Cette intervention n'avait cependant pas empêché une persistance des douleurs. Après avoir examiné l'assurée, le Dr E_____ a posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien gauche d'intensité modérée à sévère et de signes d'atteinte sensitivomotrice myélinique sévère du nerf médian droit au carpe, asymptomatique.
15. Le 15 janvier 2015, l'assurée a confié à l'assureur-accident au cours d'un entretien qu'elle pensait être allergique à sa prothèse de l'épaule gauche car la douleur la plus forte se situait sous la clavicule gauche. En outre, elle souffrait actuellement des poignets, surtout du côté gauche. Elle se rendait compte que son état ne s'améliorait plus vraiment et constatait qu'elle ne pouvait plus travailler en cuisine.
16. Par avis du 11 février 2016, le docteur F_____, médecin SMR, a estimé que depuis le 25 juillet 2012, l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans son activité habituelle. Se référant au rapport du Dr D_____ du 2 juillet 2015, le Dr F_____ a considéré, en revanche, que depuis le mois d'août 2015, l'assurée jouissait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Une telle activité devait être exempte de mouvements de rotation externe/interne de l'épaule droite, de travail avec les bras au-dessus du plan horizontal ou les bras loin du corps et n'impliquer ni le port de charges ni l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages.

17. Dans un rapport du 12 février 2016, le Dr D_____ a fait savoir à l'assureur-accident que l'assurée se plaignait encore de douleurs au niveau du coude et de l'articulation acromio-claviculaire. À l'examen, cette dernière était effectivement douloureuse à la palpation mais les amplitudes étaient excellentes. On notait également la présence d'une douleur à la palpation de l'épicondyle gauche. L'évolution était donc excellente. Les radiographies confirmaient d'ailleurs une excellente position de la prothèse. Concernant l'articulation acromio-claviculaire, respectivement l'épicondylite, des infiltrations étaient envisageables si l'assurée le souhaitait. D'un point de vue professionnel, l'assurée pouvait reprendre une activité dès le mois de mars à condition que cette dernière fût « adaptée à sa situation actuelle ».
18. Le 17 février 2016, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée. Pour son revenu avec invalidité, l'OAI s'est référé à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), soit au tableau TA 1, tous secteurs confondus, ligne total. Il en ressort qu'une femme travaillant dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 49'344.- (12 x 4'112.-) en 2012. En tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, cela correspondait à CHF 51'441.- (49'344 x 41.7 / 40), respectivement CHF 52'282.- après indexation selon l'ISS à 2014 (51'441 x 2'673 / 2'630), année que l'OAI avait prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité faute de pouvoir s'appuyer sur des indices statistiques plus récents au moment du calcul. Il convenait en outre d'admettre une réduction supplémentaire de 15%, compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge, de sorte que le revenu d'invalidité s'élevait à CHF 44'440.-. Pour le surplus, il ressortait des informations communiquées par l'employeur de l'assurée que le revenu de cette dernière s'élevait à CHF 4'225.- par mois en 2011, soit CHF 50'700.- par année. En réactualisant ces données au moyen de l'ISS (année 2014), le revenu s'élevait à CHF 52'548.- (50'700 x 2'673 / 2'579). En comparant ce revenu au gain d'invalidité, il en résultait une perte de gain de CHF 8'108.-, soit un taux d'invalidité de 15.43% (8'108 x 100 / 52'548).
19. Dans un rapport du 23 mars 2016 à l'assureur-accident, le Dr D_____ a répété en substance les informations figurant dans son rapport du 12 février 2016, tout en précisant qu'en plus des douleurs au niveau du coude et de l'articulation acromio-claviculaire, la raideur de l'épaule et un manque de force figuraient au premier plan des plaintes. Il n'y avait plus de traitement spécifique prévu pour l'épaule hormis une éventuelle infiltration acromio-claviculaire si les douleurs devenaient vraiment gênantes. S'agissant de la force et des amplitudes articulaires, le Dr D_____ ne s'attendait plus à des progrès. À la question de savoir dans quelle mesure il était exigible, d'un point de vue médical, que l'assurée se soumit à des mesures d'intégration de l'assurance-invalidité, le Dr D_____ a répondu qu'un temps de

présence de six heures par jour pendant quatre jours par semaine, avec un rendement de 50% d'un travail à temps plein lui semblait raisonnable dans un premier temps. Selon lui, il était exigible, d'un point de vue médical, que l'assurée participât à des mesures professionnelles (essai de travail, entraînement au travail participation à un cours, etc.) du moment que celle-ci n'impliquaient pas de port de charges de plus de 2 kg ni de travail au-dessus du plan des épaules. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide de cuisine et le resterait. En revanche, dans une activité adaptée, une capacité de travail pleine et entière pouvait être envisagée à long terme à condition de respecter les limitations fonctionnelles évoquées.

20. Par projet de décision du 6 juin 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 1^{er} juillet 2013 au 31 octobre 2015. À partir du 1^{er} novembre 2015, ce droit s'éteignait. Le 25 juillet 2013, à l'issue du délai d'attente de douze mois, l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité, ce qui lui ouvrait un droit à une rente entière. En revanche, l'assurée jouissait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'août 2015, référence étant faite à l'avis SMR du 11 février 2016.
21. Le 1^{er} juillet 2016, l'assurée a fait part de son désaccord avec ledit projet, soutenant que son incapacité de travail était toujours totale dans toute activité, référence étant faite au rapport du Dr D_____ du 12 février 2012 (recte : 2016), dans lequel il était question de la reprise d'une activité adaptée dès le mois de mars 2016, et non plus à partir du mois d'août 2015. Du reste, l'assureur-accident avait confié un mandat d'expertise au Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier l'avait examinée les 18 mai et 18 juin 2016 mais n'avait pas encore fait part de ses conclusions. Compte tenu de ces éléments, c'était de façon prématurée que l'OAI avait déterminé la capacité de travail résiduelle et partant, le taux d'invalidité.
22. Dans un rapport du 18 juillet 2016, relatif à une scintigraphie osseuse pratiquée trois jours plus tôt, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a estimé que la seule anomalie décelable au niveau de la prothèse de l'épaule se situait à la partie inférieure des vis de l'implant glénoïdien. L'interprétation pathologique de cette anomalie demeurait incertaine.
23. Dans le rapport d'expertise du 27 juillet 2016, le Dr G_____ a posé les diagnostics de lésion massive de la coiffe des rotateurs, tentative de suture, prothèse inversée de l'épaule gauche, traumatisme crânien simple, contusions multiples, arthrose acromio-claviculaire gauche, hypertension artérielle, obésité, tunnel carpien de la main gauche et suspicion d'allergie aux métaux. L'état était stabilisé. Les douleurs étaient plus ou moins maîtrisées par le traitement antalgique quotidien, la mobilité était également récupérée partiellement mais sans douleur objectivée. Il existait un

désavantage persistant se traduisant par les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 2 kg et pas de mouvements ni d'activité au-dessus de l'épaule.

24. Le 5 septembre 2016, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine générale, a délivré une attestation aux termes de laquelle l'expertise du Dr G_____ avait été pratiquée alors qu'elle était sous traitement antidouleur et au repos. Par conséquent, ce rapport d'expertise ne tenait pas compte de sa douleur en cas d'activité. De ce fait, une expertise en clinique de réadaptation paraissait indiquée afin d'établir plus objectivement son éventuelle « capacité à reprendre une activité physique ».
25. Par avis du 15 novembre 2016, le Dr F_____ du SMR a relevé que l'expert G_____ avait constaté que l'état de santé de l'assurée était stabilisé et que sa capacité de travail était totale dans un poste adapté. Quant au rapport neurologique établi le 23 novembre 2015 par le Dr E_____, le Dr G_____ en avait tenu compte dans l'examen du dossier et le syndrome du tunnel carpien bilatéral ne revêtait pas, selon le Dr F_____, de caractère durablement incapacitant. S'agissant de l'attestation du 5 septembre 2016 du Dr I_____, elle n'apportait pas d'éléments médicaux objectifs, de sorte que les éléments présentés ne modifiaient pas l'appréciation médicale du cas effectuée par le SMR le 11 février 2016.
26. Le 12 avril 2017, la caisse de compensation Gastrosocial a notifié à l'assurée une décision lui octroyant une rente entière, soit CHF 165.- par mois du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014, portée à CHF 166.- pour la période du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015. L'assurée ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité au-delà de ce terme. Dans la motivation à l'appui de cette décision, l'OAI a fait valoir que de l'avis du SMR, les rapports médicaux produits suite à la contestation du projet de décision du 6 juin 2016 ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.
27. Le 23 mai 2017, l'assurée, représentée par un mandataire, a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2015 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle a fait valoir en substance que si la pose d'une prothèse totale inversée de l'épaule gauche le 4 février 2015 avait permis une quasi-récupération de l'ensemble des amplitudes articulaires, le problème des douleurs chroniques du membre supérieur gauche, consécutives au traumatisme subi le 25 juillet 2012, n'avait pas disparu pour autant (cf. rapport du 23 novembre 2015 du Dr E_____). Son médecin traitant, le Dr I_____, lui avait prescrit, en juillet et septembre 2016, ainsi qu'en février 2017, plusieurs séances de physiothérapie motivées par une épaule gauche toujours douloureuse et dans un rapport du 21 avril 2017, Madame J_____, physiothérapeute, avait fait le point sur quatre séances suivies entre le 6 et le 19 avril 2017 en ces termes : depuis le début de traitements, la recourante avait beaucoup de douleurs (hypersensibilité moyenne EVA 9/10) à la

palpation et des douleurs constantes pendant la journée (EVA 7/10). Selon la physiothérapeute, tous les symptômes faisaient penser à une probable algodystrophie. Aussi s'était-elle interrogée sur ce que l'on pouvait faire pour améliorer la situation de l'intéressée et s'il était possible que son corps n'acceptât pas la prothèse. Elle avait noté que la recourante voulait « retrouver sa vie normale », diminuer ses douleurs permanentes et pouvoir reprendre son travail.

28. Par envoi des 21 juin et 13 juillet 2017, l'intimé a transmis à la chambre de céans deux certificats d'arrêt accident à 100% délivrés par le Dr I_____ en juin et juillet 2017, des ordonnances récentes de ce même médecin prescrivant notamment divers remèdes analgésiques (Dafalgan, Irfen, Lyrica, Spedifen) ainsi que des compresses anti-inflammatoires (Flectoparin).
29. Par réponse du 19 juillet 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, motif pris que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le mois d'août 2015, référence étant faite à l'avis SMR du 11 février 2016 mais aussi à un avis du 20 juin 2017 établi par les docteurs K_____ et L_____, médecins SMR. Selon ces derniers, les constatations rapportées par Mme J_____ le 21 avril 2017, à savoir la persistance de douleurs diffuses de l'épaule, une perte de force et une coloration différente du bras droit, correspondaient à une symptomatologie déjà connue et en rapport avec la présence d'une prothèse totale d'épaule, sans apporter d'élément diagnostique en faveur d'une algoneurodystrophie. D'autre part, le Dr D_____ n'avait pas constaté de signe évocateur d'une telle pathologie, ni six semaines ni cinq mois après l'intervention du 4 février 2015. Ainsi, l'apparition d'une telle pathologie, plus de deux ans après l'intervention, ne semblait pas vraisemblable au SMR. En conclusion, il convenait de s'en tenir à son appréciation du 11 février 2016.
30. Le 6 septembre 2017, l'intimé a transmis à la chambre de céans un nouvel arrêt accident à 100% pour le mois de septembre 2017, ainsi qu'une ordonnance délivrée le 3 septembre 2017 par le Dr I_____, identique en substance aux deux précédentes.
31. Par réplique du 3 octobre 2017, la recourante a relevé que s'il était exact que l'avis du 11 février 2016 du SMR se fondait bel et bien sur le rapport du 2 juillet 2015 du Dr D_____, lequel concluait au recouvrement d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois d'août août 2015, il n'en demeurait pas moins que, dans son rapport du 23 mars 2016, le Dr D_____ était revenu sur cette appréciation en retenant qu'un temps de présence de six heures par jours pendant quatre jours par semaine, avec un rendement de 50% d'un travail à plein temps semblait raisonnable dans un premier temps, une augmentation jusqu'à 100% devant être possible à long terme seulement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Enfin, dans une prise de position du 5 septembre 2017

(pce 25 recourante), ce même médecin indiquait que la recourante se présentait régulièrement à sa consultation et se plaignait « d'une manière chronique de ses déboires juridiques [...]. L'assurance-invalidité [refusait] en effet de revoir son cas, ce qui [apparaissait], au vu de la symptomatologie ressentie et de la situation [...] de la patiente une hérésie ».

32. La recourante a également versé au dossier un rapport du docteur M_____, radiologue, du 20 septembre 2017, relatif à une consultation de la douleur donnée le même jour. La recourante présentait une scalpuralgie avec une irradiation brachialgique gauche invalidante, résistante à la prise en charge conservatrice. Elle avait bénéficié de la pose d'une prothèse de la tête humérale gauche en 2015 mais aux dires de l'intéressée, les choses s'étaient dégradées depuis lors. Selon le Dr M_____, on retrouvait à l'examen une épicondylalgie externe invalidante dont l'aspect plaidait pour une symptomatologie neurologique périphérique plus qu'épicondylienne. Dans ce contexte, ce médecin avait notamment proposé « trois blocs de la douleur à visée diagnostic », chacun dans une zone distincte et, « si le diagnostic était confirmé », une prise en charge disco-radiculaire par décompression percutanée ou laser.
33. Le 5 octobre 2017, l'intimé a transmis, pour raisons de compétence, un courrier du 28 août 2017 du Dr D_____. Par ces lignes, ce médecin annonçait au conseil de la recourante qu'il proposait « de reprendre l'examen clinique ainsi que le rendement du travail daté du 23 mars 2016. En effet, l'état médical [était] statu quo depuis lors. Du côté chirurgical, il n'y [avait] malheureusement plus rien à proposer pour cette patiente ». Enfin, on trouvait les mots suivants entre parenthèses, intercalés entre la formule de politesse et la signature du médecin : « (donc plutôt axé sur le traitement antalgique et réinsertion) ».
34. Le 7 décembre 2017, l'intimé a transmis à la chambre de céans diverses pièces médicales reçues le 5 décembre 2017, notamment :
 - copie d'une prescription de physiothérapie du 17 novembre 2017 dont le but était analgésique/anti-inflammatoire ainsi qu'afin d'améliorer les fonctions articulaire et musculaire ; L'indication de cette prescription était des douleurs chroniques au niveau de la nuque irradiant dans l'épaule gauche ;
 - copie du résumé de séjour du 30 octobre 2017 de la recourante en raison de vertiges aux HUG ;
 - copie du certificat médical de la doctoresse N_____ du service de médecine interne de réhabilitation des HUG, attestant d'une incapacité de travail durant le mois de novembre 2017 ;
 - copie de l'avis de sortie du 16 novembre 2017 dudit service, dans lequel était mentionné, à titre de diagnostic principal, probables vertiges positionnels

paroxystiques bénins postérieurs gauches ; une IRM de la colonne cervicale du 10 novembre 2017 concluant à l'absence de tassement vertébral, à une discopathie étagée prédominant en C4-C5 et C5-C6 avec discret rétrécissement foraminal gauche C4-C6 et rétrécissement biforaminal C5-C6, ainsi qu'à l'absence de canal cervical étroit significatif ;

- copie du rapport du 20 septembre 2017 de la consultation de la douleur du docteur M_____ de l'Institut d'imagerie médicale, consultation de la douleur, selon lequel la recourante ne présentait pas de symptomatologie motrice à l'épaule gauche, mais se plaignait de dysesthésies dans les territoires C7 ou C6 du côté gauche ; à l'examen, on retrouvait une épicondylalgie externe invalidante, augmentant les dysesthésies à l'appui, dont l'aspect plaide pour une symptomatologie neurologique périphérique plus qu'épicondylienne ; il y avait également une douleur importante lors de la mobilisation de l'épaule active et passive ainsi qu'à la palpation acromio-claviculaire, ainsi qu'une cervicalgie augmentée à l'hyperextension et compatible avec une discuncarthrose, laquelle est retrouvée à l'appui de C6-C7, dont l'aspect pouvait expliquer une partie de la symptomatologie ;
 - copie du rapport du 30 octobre 2017 de SOS médecins que la recourante avait fait venir en raison de vertiges rotatoires.
35. Le 21 décembre 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et de la confier au docteur O_____, orthopédiste FMH. Elle leur a également communiqué la mission de l'expert.
36. Fondé sur un avis médical du 15 janvier 2018 du SMR, l'intimé a fait savoir à la chambre de céans le 16 janvier 2018 qu'il n'avait pas d'objection quant à l'expert pressenti ni de question complémentaire à poser.
37. Par écriture du 18 janvier 2018, la recourante a également accepté que le Dr O_____ soit désigné comme expert et a proposé de compléter la mission de l'expert par d'autres questions.

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. Il résulte des nouvelles pièces que l'intimé a transmises à la chambre de céans que la recourante souffre également d'une pathologie au niveau C4-C5 et C5-C6, ainsi que C6-C7. Selon le rapport du Dr M_____ du 20 septembre 2017 de l'institut d'imageries médicales (consultation de la douleur), une partie de la symptomatologie dont souffre la recourante pourrait être expliquée par ces atteintes.

Cela étant, il appert qu'il y a lieu de compléter l'instruction, afin de déterminer si la scapulargie avec irradiation brachialgique gauche est en rapport avec la pathologie au niveau cervical.

3. Le mandat d'expertise sera confié au Dr O_____.
4. Quant à sa mission, la recourante requiert de la compléter.

En ce qui concerne la première question qu'elle propose, à savoir dans quelles activités elle est limitée, la chambre de céans fait observer que celle-ci est comprise dans la question « quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisée ».

S'agissant des activités professionnelles raisonnablement exigibles, il n'appartient pas au médecin de s'y prononcer, mais au service de la réadaptation professionnelle de l'intimé, en fonction des limitations fonctionnelles retenues.

Concernant le lien de causalité entre les interventions médicales liées à l'accident au niveau de l'épaule et les troubles au niveau cervical, il se justifie cependant d'insérer cette question dans la mission d'expertise, même si le Dr O_____ n'est pas un spécialiste de l'épaule.

Enfin, concernant la question de savoir dans quelle mesure la capacité de travail de la requérante est atteinte, la chambre de céans estime qu'elle est comprise dans la question « quelle sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ».

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr O_____.
- 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.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
 1. Quels sont vos diagnostics ?
 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisée ?
 3. Souffre-t-elle notamment de douleurs chroniques importantes affectant sa concentration ?
 4. Au degré de la vraisemblance prépondérante, estimez-vous qu'il y a un lien de causalité entre les interventions médicales à l'épaule gauche, liées à l'accident, et la symptomatologie douloureuse au niveau de l'épaule et du membre supérieur gauches ?
 5. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ?
 6. A-t-elle récupéré une capacité de travail résiduelle, et si oui de quel pourcentage et à partir de quelle date, après l'intervention du 4 février 2015 par le Dr D_____ ?

7. Comment a évolué la capacité de travail de l'expertisée depuis juillet 2015 ?
8. A partir de quand les atteintes aux cervicales étaient-elles présentes, selon toute vraisemblance, et dans quelle mesure (en pourcent) ont-elles influencé la capacité de travail ?
9. Quel est votre pronostic ?

D. Invite le Dr O_____ 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 par le greffe le