

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3250/2015

ATAS/418/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 26 mai 2016**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Raymond de MORAWITZ

Recourante

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40,  
WINTERTHUR, p.a. AXA WINTERTHUR Assurance collectives de  
personnes sise ch. de Primerose 11, LAUSANNE

Intimée

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1966 et d'origine bolivienne, est séparée de son mari bolivien et mère de cinq enfants restés en Bolivie. Elle est arrivée en Suisse en 2003 et y a travaillé, sans permis de travail, comme garde d'enfants. A ce titre, elle était assurée auprès d'AXA Assurances SA contre le risque d'accidents.
2. Le 24 novembre 2013, elle a été agressée par son compagnon qui lui a asséné un coup de poing, provoquant une fracture d'enfoncement du plancher de l'orbite gauche, s'étendant à la paroi latérale et interne du sinus maxillaire et atteignant le canal du nerf infra-orbitaire, avec hémato-sinus et présence de fragments osseux intra-sinusien. Il y avait également une fracture déplacée des os du nez et une fracture sous-jacente de la cloison nasale. Ces lésions ont nécessité une intervention chirurgicale le 6 décembre 2013, consistant en réduction et ostéosynthèse des fractures. Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents.
3. Le 14 avril 2014, l'assurée a fait l'objet d'un bilan cognitif au service de neurologie des HUG. Le rapport y relatif des docteurs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ a conclu à un syndrome dysexécutif caractérisé par des difficultés de programmation de mémoire de travail dont l'origine était probablement multifactorielle et non lésionnelle. A titre de causes, ils ont mentionné un état dépressif réactionnel dans un contexte de perte de l'image de soi et d'un post-trauma faciale, un syndrome douloureux, un trouble du sommeil et, dans une moindre mesure, les effets toxico-métaboliques des psychotropes.
4. Le 28 mai 2014, le docteur D\_\_\_\_\_ du service de psychiatrie générale des HUG a diagnostiqué une dépression majeure d'intensité sévère. Durant le suivi ambulatoire du 20 décembre 2013 au 20 mars 2014, l'assurée avait profité du cadre contenant et rassurant du programme crise, ce qui avait permis une amélioration notable de l'humeur. Le pronostic était bon à long terme, sous réserve qu'elle continuât à être prise en charge au niveau psychiatrique. Un traitement par antidépresseurs restait indispensable afin de diminuer la symptomatologie dépressive et prévenir une rechute. Une reprise de travail dans un milieu moins stressant pourrait être envisageable d'ici six mois, sous réserve des autres séquelles de l'accident.
5. Selon le rapport du 3 juin 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, l'assurée souffre de douleurs faciales neurogènes, lesquelles se présentent sous forme d'électricité, de brûlures et d'élancements très intenses de brève durée. Les douleurs sont fortes au réveil, avant la prise des médicaments, d'une intensité à 6/10, puis diminuées pour devenir supportables au cours de la journée. Lorsqu'elle mange, parle ou est stressée, les douleurs augmentent. A la maison, elle ressent quatre à cinq crises violentes durant quelques minutes par jour, mais lorsqu'elle est stressée, le nombre augmente jusqu'à

plusieurs par heure. Seuls les médicaments soulagent les douleurs. La physiothérapie les améliore parfois, mais peut aussi les aggraver. Malgré les douleurs, l'assurée assure les tâches ménagères en les fractionnant, elle regarde la télévision dont son scintillement peut toutefois déclencher des crises. Le Tramadol est partiellement efficace, mais la Prégabaline a dû être stoppée à cause d'une intolérance. La doctoresse E\_\_\_\_\_ dudit centre a fait enfin des propositions de modification du traitement antalgique.

6. Selon l'attestation du 30 juillet 2014 de Monsieur F\_\_\_\_\_, psychologue à l'unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) des HUG, l'assurée continue à être suivie à cette unité. Lors de la prise en charge, elle a présenté une réaction aiguë post-traumatique de forte intensité avec une symptomatologie évocatrice d'un état de stress aigu (anxiété, troubles du sommeil, cauchemars, reviviscence des scènes de violence, ruminations anxieuses, hypervigilance), ainsi que des symptômes de la lignée dépressive (perte de l'élan vital, tristesse, sentiment de désespoir, pleurs fréquents, idéation noire). Il y a une très bonne adhésion au traitement, ce qui contribue à une amélioration de la symptomatologie globale. Cependant, au vu d'une situation non encore suffisamment compensée sur le plan de sa santé globale, il est important que le suivi psychologique se poursuive.
7. Selon le rapport d'évaluation du 18 août 2014 de l'Office de l'assurance-invalidité, dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité, l'assurée s'occupait chez son ancien employeur, outre la garde des enfants, également du ménage, du repassage, du linge et des repas. Elle a déclaré qu'elle n'arriverait pas à s'occuper des enfants à cause des douleurs en permanence. Elle ne pensait pas pouvoir continuer à travailler.
8. Le 20 août 2014, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
9. En novembre 2014, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) par les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL, H\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et I\_\_\_\_\_, neurologue FMH. Dans leur rapport du 14 janvier 2015, ces médecins ont posé les diagnostics suivants : atteinte post-traumatique de la branche V2 gauche (chiffre romain V pour 5<sup>ème</sup> nerf crânien, soit le nerf trijumeau) avec possible participation du V1 ipsilatéral, douleur faciale neurogène post-traumatique, status après ostéosynthèse d'une disjonction orbito-nasale gauche et fracture pluri-fragmentaire de la paroi du sinus maxillaire gauche; épisode dépressif actuellement d'intensité légère sans syndrome somatique, en voie de rémission; état de stress post-traumatique qui semblait également sur le décours. Les atteintes somatiques présentaient un lien de causalité certain avec l'accident. Ce lien de causalité était vraisemblable pour les troubles psychiques. Trois mois après l'expertise, soit fin janvier 2015, le *statu quo ante* devait avoir été atteint sur le plan

psychique. Quant à la capacité de travail, elle était nulle pendant une période de trois mois après l'agression, puis de 50 % pendant les trois mois suivants. Par la suite, elle était totale. Sur le plan psychique, une incapacité de travail temporaire devait être admise jusqu'à fin janvier 2015. Il ressort par ailleurs de ce rapport que l'assurée se plaignait de la persistance de douleurs faciales gauches avec une zone hypo-dyesthésique au front et à la joue. En raison de ces troubles, elle n'avait pas repris son activité de garde d'enfants, mais continuait à s'occuper de son ménage. Sur le plan psychique, elle ressentait une tristesse qui pouvait être de forte intensité (8/10) mais qui était fluctuante selon les semaines et ne durait pas toute la journée. A cela s'ajoutait une fatigue (8/10) qu'elle attribuait aux effets secondaires sédatifs des différents médicaments qu'elle prenait. Elle avait toujours confiance en elle-même et une bonne estime de soi, même si elle avait pu se sentir coupable et en colère contre elle-même après l'agression, pour avoir repris contact avec son ami qui avait déjà été violent précédemment. Elle décrivait également des difficultés à se concentrer et des oublis. Depuis l'accident, elle suivait une psychothérapie. Sur le plan objectif, l'examen clinique montrait une femme légèrement déprimée et ralentie. A une reprise, durant l'entretien avec l'experte psychiatre, elle avait été prise par une crise douloureuse. Elle avait aussi des difficultés à se souvenir des dates importantes de son passé. Le contenu de la pensée était fixé sur les douleurs chroniques lui rappelant l'agression subie et toutes les conséquences sur sa vie professionnelle, ainsi que les inquiétudes concernant son avenir financier et son incapacité à aider financièrement les enfants restés au pays. La compliance était bonne. Les symptômes dépressifs résiduels étaient à mettre sur le compte des douleurs chroniques et de la situation socio-économique difficile de l'assurée.

10. Selon le rapport du 22 décembre 2014 de la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée présente notamment un état dépressif secondaire aux douleurs faciales neurogènes. Sa capacité de travail est nulle et le pronostic mauvais. Dans les limitations, elle a mentionné que la patiente ne pouvait se concentrer.
11. Dans son rapport de clôture relatif aux mesures professionnelles du 27 janvier 2015, l'OAI a constaté que l'assurée n'était manifestement pas en mesure de suivre une mesure d'intégration professionnelle, dès lors qu'elle se plaignait de fortes et fréquentes douleurs qui la démobilisaient et engendraient de l'inquiétude.
12. Le 19 février 2015, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise, par l'intermédiaire de son conseil, estimant qu'elle était toujours incapable de travailler. Elle s'est fondée sur un certificat médical du 27 janvier 2015 de la Dresse J\_\_\_\_\_ faisant état de douleurs faciales neurogènes, de somnolence diurne secondaire au traitement opiacé, de dépression sévère et de fracture pluri-fragmentaire du sinus maxillaire gauche avec disjonction orbito-nasale. Les douleurs étaient constantes,

selon ce médecin, sous forme d'électricité, de brûlures et d'élançements de très brève durée. Il n'y avait aucune raison de penser que ces symptômes diminueraient ou disparaîtraient. Le pronostic à moyen terme était mauvais. L'assurée a en outre indiqué qu'elle était actuellement hospitalisée à la Clinique genevoise de Crans-Montana et a mis en exergue que la névralgie du trijumeau constituait une des douleurs les plus intenses que l'on connaissait. Il s'agissait de crises de douleurs brèves paroxystiques, survenant périodiquement et pouvant se transformer en une douleur chronique. Ses douleurs étaient traitées massivement par des antidouleurs aux effets secondaires très invalidants. Or, l'expertise du CEMed ne mentionnait pas ces effets secondaires et ne faisait aucun lien entre son état actuel et ses médicaments.

13. Du 11 au 23 février 2015, l'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana. Dans leur rapport du 27 février 2015, les médecins de cette clinique ont posé le diagnostic principal de douleurs chroniques de l'hémiface gauche et mentionné à titre de comorbidités actives notamment un trouble dépressif réactionnel et une obésité. Il y a aussi un déconditionnement général, une suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) et une cytolyse hépatique minime. L'assurée se plaignait à l'entrée de douleurs persistantes de l'hémiface gauche, mal soulagées par le traitement actuel, qui entraînait une forte somnolence. Les médecins de ladite clinique ont modifié le traitement médicamenteux, avec amélioration de la somnolence et une légère amélioration des autres symptômes en fin de séjour, l'assurée indiquant être moins douloureuse et plus détendue. Une physiothérapie d'antalgie, de détente et de mobilisation douce avait aussi permis une bonne diminution des douleurs. Une consultation sommeil avec une polysomnographie devrait être organisée pour objectiver le SAS.
14. Selon le rapport du 2 mars 2015 de la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et Monsieur F\_\_\_\_\_, psychologue, de l'unité interdisciplinaire de médecine et de la violence (UIMPV) des HUG, l'assurée y était suivie depuis son accident. Elle présentait une symptomatologie compatible avec un état dépressif moyen, notamment une thymie triste avec des pleurs fréquents, une anhédonie et de l'inappétence sans perte pondérale. Elle était moins fonctionnelle dans la vie quotidienne, négligeant ses tâches ménagères. Au niveau social, elle était isolée, n'avait pas envie de sortir et de nouer des relations. Elle présentait une fatigue et une hypersomnie, associée au traitement médicamenteux antidouleur qui semblait avoir un effet sédatif. Ce tableau clinique avait nécessité une augmentation du traitement antidépresseur en janvier 2015, ce qui avait entraîné une légère amélioration, tout comme la très bonne adhésion au traitement de la part de l'assurée. Néanmoins, il y avait une importante fluctuation de l'état de santé

psychique en lien avec une situation sociale précaire, ce qui nécessitait la poursuite de la psychothérapie et du traitement médicamenteux.

15. Le 20 mars 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, pneumologue, a informé la Dresse J\_\_\_\_\_ que l'assurée présentait une somnolence et une fatigue sévère (5.8 points en moyenne, sur une échelle de 1 à 7). Une oxymétrie de dépistage pathologique et la clinique faisaient suspecter un SAS. Les apnées pouvaient être obstructives, mais une composante centrale n'était pas exclue, au vu du traitement d'opiacés. D'autres éléments pouvaient participer à la fatigue et à la somnolence, tels qu'un trouble moteur périodique des membres inférieurs ou une thymie dépressive.
16. Selon le rapport respiratoire du 31 mars 2015 du Dr L\_\_\_\_\_, sur la base d'une polygraphie nocturne, le tracé était compatible avec un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil mixte, obstructives et centrales, de degré léger. Il y avait de nombreuses apnées centrales sans caractère périodique et une composante positionnelle n'était pas présente. Ce pneumologue a proposé une diminution des opiacés si l'antalgie le permettait.
17. Dans leur rapport d'expertise complémentaire du 2 avril 2015, les Drs I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont relevé que l'atteinte organique post-traumatique était indubitable, mais qu'ils avaient observé certains facteurs de majoration des symptômes, alors même que, sur le plan psychique, seul un état dépressif d'intensité légère était objectivable au moment de l'expertise. L'assurée ne se plaignait pas d'anhédonie, de repli social, de diminution de l'estime de soi ni de culpabilité, et ne présentait pas d'idées suicidaires. Elle arrivait à prendre de la distance de son humeur dépressive en se distrayant (lecture de la bible ou lèche-vitrines par exemple). L'humeur dépressive et le ralentissement psychomoteur étaient plutôt légers. La posologie de l'antidépresseur restait faible à moyenne et, à ce dosage, ce médicament n'avait pas d'effets sédatifs importants, même si le profil des effets secondaires restait individuel. Les effets sédatifs étaient probablement liés à la prise concomitante de Temgésic. Il y avait également un contexte socio-économique défavorable pouvant jouer un rôle dans l'importance des plaintes et dans l'incapacité de travail. Les experts ont admis que des douleurs neurogènes importantes et un traitement antalgique majeur, tel qu'administré à l'assurée, pouvaient avoir une influence sur la capacité de travail. Néanmoins, l'incapacité de travail, dans l'activité exercée par l'assurée, était en l'occurrence plus liée à des facteurs socioprofessionnels indépendants du traumatisme. Au demeurant, les médicaments antalgiques étaient généralement bien tolérés et n'entraînaient au plus qu'une sédation tolérable dans le cadre d'une activité professionnelle, hormis dans certaines professions telles que pilote d'avion, conducteur de train etc. Les experts étaient néanmoins disposés à discuter avec le médecin traitant, ainsi que les spécialistes ORL et de la douleur, dans le but de réapprécier la situation

professionnelle de l'assurée. Ne connaissant pas les raisons spécifiques de l'hospitalisation de celle-ci à la Clinique genevoise de Crans-Montana, ils ne pouvaient se prononcer sur l'indication de cette hospitalisation et sa relation de causalité éventuelle avec l'accident. Les experts ont ainsi maintenu leurs conclusions précédentes, tout en mettant en exergue qu'ils n'étaient pas en mesure de donner un avis sur l'évolution actuelle des troubles sans examiner l'assurée à nouveau.

18. Selon le rapport du 6 mai 2015 de la Dresse J\_\_\_\_\_, l'assurée présentait des douleurs de type décharge électrique fugace et invalidantes dans les suites d'une fracture pluri-fragmentaire de l'hémiface gauche au niveau du sinus. Malgré un traitement chirurgical optimal et la guérison des lésions osseuses, une neuropathie responsable des douleurs subsistait. Elle souffrait également d'un état dépressif sévère secondaire à cette situation et d'une somnolence durant la journée consécutive au traitement médicamenteux antalgique. L'examen neurologique révélait une hyperesthésie du territoire du cinquième nerf crânien correspondant à une sensibilité désagréable en regard de la partie du visage concerné. Elle était triste et sa voix était monocorde.
19. Dans son rapport du 8 mai 2015, la doctoresse M\_\_\_\_\_ du service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG a diagnostiqué des algies hémifaciales gauches, une hypoesthésie et une paresthésie, ainsi qu'un syndrome dépressif. Il n'y avait pas de limitations du point de vue maxillo-facial.
20. Par décision du 7 mai 2015, l'assureur-accidents a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2015 pour l'ensemble des lésions et troubles consécutifs à l'accident, sur la base des expertises du CEMed. Le traitement en cours relatif aux lésions somatiques (médication contre la douleur et contrôles médicalement justifiés) et les frais découlant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse continuaient à être pris en charge. L'éventuelle atteinte à l'intégrité sera évaluée une fois l'état stabilisé, soit en principe deux ans après l'accident. S'agissant des troubles psychiques, l'assureur-accidents a en outre considéré que les critères pour reconnaître une causalité adéquate entre ces troubles et l'accident n'étaient pas remplis au regard de la jurisprudence en la matière.
21. Le 4 juin 2015, l'assurée a formé opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi des indemnités journalières dès février 2015, en raison des troubles psychiques. Elle a contesté que son état dépressif ne fût que d'une intensité légère, tout en estimant que cela ne correspondait pas au cours ordinaire des choses. Les douleurs fulgurantes et une lourde médication lui provoquaient une grave dépression. L'affirmation, selon laquelle des facteurs de majoration, lesquels n'avaient au demeurant pas été précisés par les experts, seraient la cause de sa dépression, n'était

pas fondée sur des données médicales objectives et était dès lors arbitraire. Il ne faisait pas de doute que, sans l'accident, elle aurait continué à travailler comme auparavant et pour les mêmes employeurs. Quant à l'activité habituelle, il était notoire que la garde d'enfants requérait une attention de chaque instant, des nerfs solides et un éveil constant. La garde d'enfants était aussi une grande source de stress, ce qui était incompatible avec son état de santé. Par ailleurs, le CEMed n'avait même pas tenté de démontrer qu'elle ne souffrait pas des effets secondaires aux médicaments. L'instruction du dossier était en outre incomplète, le CEMed se disant prêt à discuter avec le médecin traitant et avec les spécialistes ORL, ainsi que de la douleur, dans le but de réapprécier sa situation professionnelle. De plus, les experts ont conclu qu'ils ne pouvaient donner un avis sur l'évolution actuelle sans l'examiner à nouveau. Il était ainsi nécessaire que le CEMed se mette en contact avec ses médecins traitants, avant de statuer.

22. Par décision du 28 juillet 2015, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assurée et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours, en reprenant pour l'essentiel son argumentation précédente.
23. Par acte du 19 septembre 2015, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et à des mesures d'instruction complémentaires, ainsi que, principalement, à la condamnation de l'intimée au versement des indemnités journalières depuis le 1<sup>er</sup> février 2015. Les conclusions de l'expertise du CEMed étaient orientées et arbitraires. Par ailleurs, ce centre n'offrait pas les garanties d'indépendance requises, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise neutre était nécessaire. Concernant l'effet suspensif, elle a fait valoir que la causalité adéquate devait être admise, en raison des graves séquelles persistantes, telles que des douleurs violentes et subites dans la tête, la médication très forte, notamment de type morphinique, la somnolence, l'angoisse permanente au sujet de la prochaine crise douloureuse et la dépression importante. Ces séquelles l'empêchaient de travailler normalement, notamment dans la surveillance des enfants. Elle avait quitté la Bolivie et laissé derrière elle une situation familiale pénible, source d'anxiété, augmentée par le fait que son séjour en Suisse était dépourvu d'autorisation de séjour. Néanmoins, seule sa mauvaise santé et les douleurs dont elle souffrait étaient la cause de la dépression profonde et non pas les circonstances concomitantes.
24. Dans sa réponse du 19 octobre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours, en niant la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. Ce faisant, l'intimée a considéré qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne, à la limite inférieure, sans circonstance concomitante particulièrement dramatique ou impressionnante. Les lésions subies n'étaient pas non plus à elles seules propres à

entraîner des troubles psychiques selon l'expérience générale de la vie, en l'absence d'une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse. La durée du traitement médical n'était pas anormalement longue. L'intimée a également nié la persistance de douleurs importantes, en se fondant en particulier sur le moment de l'agression. Aucune erreur ni des difficultés ou complications importantes ne s'étaient présentées au cours de la guérison. Une incapacité de travail importante ne pouvait non plus être retenue, dès lors que les experts avaient préconisé une reprise du travail. Quant aux effets secondaires des médicaments, ils n'étaient pas prouvés.

25. Par décision du 20 octobre 2015, la chambre de céans a refusé la restitution de l'effet suspensif.
26. Le 11 novembre 2015, la recourante a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du maxillaire.
27. Le 2 décembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité a produit, à la demande de la chambre de céans, le dossier constitué de la recourante.
28. Le 5 janvier 2016, la recourante s'est déterminée sur ce dossier et a persisté dans sa demande. La réalité des lancées de douleurs au niveau de la tête ressortait du rapport relatif à son entretien du 28 avril 2014 avec l'OAI. En outre, une totale incapacité de travail en raison d'une dépression majeure d'intensité sévère, en relation de causalité adéquate avec l'agression, était attestée par les HUG le 28 mai 2014. Du rapport du 3 juin 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur résultait que les douleurs pouvaient certes diminuer avec les médicaments, mais ne disparaissaient pas, de sorte qu'elle ne pouvait pas travailler normalement. Le rapport du 30 juillet 2014 de l'UIMPV démontrait que le stress posttraumatique et la dépression étaient à l'évidence en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'agression. La Dresse J\_\_\_\_\_ a confirmé le 27 janvier 2015 l'importance des douleurs et la dépression, et que le traitement opiacé induisait une très gênante somnolence. La persistance des douleurs, nécessitant la prescription de nouveaux médicaments, était aussi constatée par la Clinique Montana, dans son rapport du 27 février 2015.
29. Le 5 février 2016, la Dresse J\_\_\_\_\_ a fait savoir à la chambre de céans que, malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en novembre 2015, il n'y avait aucune amélioration des douleurs.
30. Le 12 février 2016, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a communiqué à la chambre de céans ses rapports du 20 et 31 mars 2015.
31. Par écriture du 7 mars 2016, l'intimée a persisté dans ses conclusions, considérant qu'aucun élément nouveau n'était mis en évidence, dès lors que les plaintes de

somnolence et de fatigue étaient connues de longue date et avaient déjà été prises en compte par l'expertise du CEMed.

32. Le 14 mars 2016, la recourante a également persisté dans ses conclusions, relevant que les conséquences de l'agression subie se faisaient sentir jusque dans le sommeil, en raison du traitement médicamenteux sévère dont elle ne pouvait se passer. L'incapacité de travail complète persistait.
33. Le 2 mai 2016, la chambre de céans a fait savoir aux parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et une expertise neurologique judiciaires et de les confier aux Drs N\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et O\_\_\_\_\_, neurologue FMH. Elle leur a également communiqué la mission de ces experts.
34. Le 18 mai 2016, l'intimée a fait savoir qu'elle n'avait pas d'observations quant au choix des experts et de leur mission.
35. Le 20 mai 2016, la recourante a accepté les experts presentis et a proposé de poser deux questions complémentaires.

### **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, les experts du CEMed eux-mêmes ont admis que des douleurs neurogènes importantes et un traitement antalgique majeur, tel qu'administré à l'assurée, pouvaient avoir une influence sur la capacité de travail, et ont considéré qu'il y avait lieu de discuter avec le médecin traitant, ainsi que les spécialistes ORL

et de la douleur, dans le but de réapprécier la situation professionnelle de l'assurée. Ils n'étaient par ailleurs pas en mesure de donner un avis sur l'évolution actuelle des troubles sans examiner la recourante à nouveau.

Aussi, la chambre de céans juge nécessaire de soumettre la recourante à une expertise neurologique et à une expertise psychiatrique.

3. Ces expertises seront confiées aux Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_.
4. La chambre de céans complètera par ailleurs la mission de l'expert neurologue par les questions proposées par la recourante.

\*\*\*

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

- A. Ordonne deux expertises judiciaires médicales.
- B. Les confie aux Drs N\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et O\_\_\_\_\_, neurologue FMH.
- C. Dit que la mission de ces médecins sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame A\_\_\_\_\_.
  - Examiner personnellement l'expertisée **avec l'aide d'un interprète**.
  - 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 :

**Dresse N\_\_\_\_\_ :**

1. Quels sont vos diagnostics dans une classification internationale reconnue ?
2. Quelles limitations engendrent les atteintes psychiatriques retenues ?
3. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée, au niveau psychiatrique ?
4. Quelle est la cause de l'éventuel trouble dépressif diagnostiqué ? Ce trouble a-t-il le cas échéant été provoqué par les douleurs permanentes dues à l'atteinte du nerf trijumeau ou, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'autres causes sont-elles responsables de façon prépondérante du trouble dépressif, en précisant lesquelles ?
5. Le trouble dépressif est-il le cas échéant essentiellement dû à des facteurs psycho-sociaux ?
6. Quel est le traitement au niveau psychiatrique ?
7. Quelle est la compliance ?
8. Quelles autres observations avez-vous à ajouter ?

**Dr O\_\_\_\_\_, neurologue :**

1. Quels sont vos diagnostics sur le plan neurologique ?

2. Quel genre de douleurs provoque généralement une atteinte du nerf trijumeau, telle que présentée par l'expertisée, et quelle est l'intensité des douleurs consécutives à une telle névralgie ? Dans quelle mesure ces douleurs peuvent-elles être amendées par une médication antalgique?
  3. Les douleurs alléguées par l'expertisée, ainsi que leur intensité sont-elles crédibles ?
  4. Estimez-vous, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte du nerf trijumeau, avec les douleurs en résultant, est propre à provoquer des troubles dépressifs et cognitifs, tels que mis en évidence au bilan cognitif de l'expertisée en avril 2014 ?
  5. Selon votre appréciation, est-il possible de travailler avec les douleurs ressenties par l'expertisée, après administration du traitement antalgique?
  6. De quel traitement antalgique bénéficie l'expertisée?
  7. Quelle est la compliance?
  8. Le traitement antalgique auquel est soumis l'expertisée provoque-t-il une fatigue excessive et de la somnolence ?
  9. La somnolence diurne diminue-t-elle la capacité de travail et, dans l'affirmative, dans quelle mesure ?
  10. A quel pourcentage évaluez-vous la capacité de travail dans l'activité habituelle ou une activité adaptée?
  11. Quelles autres observations avez-vous à ajouter ?
- D. Invite les Drs N\_\_\_\_\_ et 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