

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3524/2012

ATAS/261/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 mars 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame L _____, domiciliée à Vézenaz, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1968, travaillait à plein temps en qualité de secrétaire auprès de X_____ lorsqu'elle a été victime d'un accident de la circulation en date du 24 novembre 2003 ayant entraîné un traumatisme crânien avec impact traumatique occipital, perte de connaissance et différentes fractures.
2. Par décision du 24 avril 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 2 mai 2005, fondé sur un degré d'invalidité de 40 %.
3. La NATIONALE SUISSE, assureur-accidents, a également mis l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité de 40 %, dès le 1^{er} décembre 2005 (décision du 11 juin 2007).
4. En septembre 2007, l'assurée a sollicité la révision de son droit à la rente, invoquant une aggravation de son état de santé, attestée par le Dr A_____, médecin traitant. Selon ce praticien, l'état de santé de l'assurée ne lui permettait dorénavant d'exercer une activité qu'à 40 %.
5. Par décision du 18 décembre 2007, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande. Le recours interjeté par l'assurée a été rejeté par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS ; depuis le 1^{er} janvier 2011, la Cour de Justice, Chambre des assurances sociales), du 30 avril 2009. L'assurée avait produit un rapport d'expertise établi le 14 janvier 2008 par le Dr B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, complété le 22 mai 2008, ainsi qu'un rapport d'expertise de la Dresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 16 décembre 2008. Selon ces médecins, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé dès le mois d'avril 2007 : elle avait connu un état d'épuisement à partir de septembre 2007 et la capacité de travail raisonnablement exigible était de 40 %. Le 19 mars 2008, une nouvelle expertise avait été réalisée à la demande de l'assureur-accidents par le Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie, au CEMed de Nyon. L'expert n'a pas mis en évidence d'éléments permettant d'objectiver une aggravation des atteintes secondaires à l'accident de 2003 ou une atteinte ultérieure à la santé depuis la précédente expertise et a confirmé la persistance d'une incapacité de travail de 40 %.
6. Par arrêt du 1^{er} mars 2010 (9C_537/2009), le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt du TCAS et renvoyé la cause à l'instance cantonale afin qu'elle analyse le bien-fondé de la décision entreprise à la lumière du rapport du 16 décembre 2008 de la Dresse C_____, afin de réparer la violation du droit d'être entendu de l'assurée.

7. Se référant au rapport médical ainsi qu'à l'audition de la Dresse C _____, le TCAS a, par arrêt du 16 septembre 2010, entré en force (ATAS/948/2010), admis le recours, considérant que celle-ci avait rendu plausible une aggravation de la situation médicale. Il a ainsi renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de révision.
8. L'assurée a invité l'OAI, à plusieurs reprises, à exécuter l'arrêt du TCAS et à lui octroyer trois quarts de rente d'invalidité sur la base d'une incapacité de travail de 60 % telle qu'attestée par la Dresse C _____.
9. Il lui a d'abord été répondu que son cas faisait l'objet d'un examen par le Service médical régional de l'administration (SMR) puis qu'une évaluation médicale sous forme d'expertise était indispensable. L'assurée s'y est opposée. Elle considérait son dossier comme suffisamment instruit dès lors que le tribunal cantonal avait admis la valeur probante du rapport de la Dresse C _____. L'OAI a relevé que les pièces au dossier ne lui permettaient pas de statuer en pleine connaissance de cause, dès lors qu'il y avait une contradiction entre le taux d'incapacité de travail indiqué par la recourante dans son courrier (60 %) et celui retenu par le médecin traitant dans un rapport du 10 décembre 2010 (100 %). L'OAI ne pouvait ainsi renoncer à un complément d'instruction dans le but de clarifier cette divergence d'appréciation. Les parties ont maintenu leurs positions respectives.
10. L'expertise prévue le 26 avril 2011 a été annulée et, à défaut d'entente notamment sur la période devant faire l'objet de l'investigation médicale envisagée, n'était pas réagendée le 14 juillet 2011.
11. Le 20 octobre 2011, l'assurée a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice. Elle a conclu à ce que la Cour de céans constate le déni de justice et invite l'OAI à rendre sans délai une décision lui allouant trois quarts de rente dès le 1^{er} septembre 2007 et à ouvrir une nouvelle procédure de révision concernant l'aggravation de son état de santé depuis décembre 2010.
12. Par arrêt du 1^{er} février 2012 (ATAS/63/2012), la Cour de céans a admis le recours pour déni de justice et invité l'intimé à rendre sans délai une décision incidente concernant la mise en œuvre de l'expertise contestée. Cela étant, elle a expliqué que dans son précédent jugement, elle n'avait pas statué sur le fond, contrairement à ce que soutenait la recourante, mais s'était contentée de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'elle entre en matière. Le recours interjeté par l'intimé a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral (arrêt 9C_205/2012 du 7 septembre 2012).
13. Plusieurs échanges de courriers ont eu lieu entre les parties tant à propos de l'expertise envisagée que de la rente à laquelle l'assurée considérait avoir droit dès le 1^{er} septembre 2007.

14. Par acte du 31 août 2012, l'assurée a interjeté un nouveau recours pour déni de justice, l'OAI n'ayant toujours pas rendu de décision incidente. La Cour de céans a admis le recours par arrêt du 14 novembre 2012, considérant que l'intimé avait violé le principe de célérité.
15. Par décision incidente du 16 octobre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait nécessaire qu'elle se soumette à une expertise pluridisciplinaire. Sans contestation écrite et motivée de sa part dans un délai de 10 jours, le centre d'expertise sera désigné selon le principe du hasard et l'assurée sera informée du lieu, de la date ainsi que de l'identité des experts mandatés dès que l'OAI en aura eu connaissance. Figure ensuite la liste des questions que l'administration entend poser aux experts, l'assurée étant invitée, dans un délai de 10 jours également, à lui communiquer les questions complémentaires éventuelles à leur poser.
16. Par acte du 21 novembre 2012, l'assurée interjette recours contre cette décision. Elle fait valoir que le TCAS a jugé que l'expertise de la Dresse C_____ revêt pleine valeur probante, que ses conclusions sont claires quant à l'aggravation de son état de santé psychique, ce qui a entraîné une diminution de sa capacité de travail raisonnablement exigible de 60 à 40 %. La recourante soutient que l'expertise de la Dresse C_____ répond à toutes les questions qui, selon le SMR, devaient encore être investiguées, de sorte que l'intimé était en mesure de statuer sur son dossier. L'expertise ordonnée est ainsi infondée, car de toute évidence inutile. La recourante conclut à l'annulation de la décision, subsidiairement à ce que la mission d'expertise se limite à la seule question de savoir si son état de santé et/ou sa capacité de travail raisonnablement exigible (en taux et rendement) se sont péjorés de manière notable depuis le 1^{er} avril 2007 et, dans l'affirmative, dans quelle mesure.
17. Dans sa réponse du 20 décembre 2012, l'intimé rappelle qu'il est tenu de mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux, ce qui est le cas. En effet, outre le fait que le rapport de la Dresse C_____ est en réalité une expertise privée et qu'il date de quatre ans, il ne saurait valablement remplacer une expertise pluridisciplinaire. Les limitations fonctionnelles ne sont pas clairement établies et les pièces médicales au dossier sont contradictoires. Enfin, l'intimé relève qu'il s'est conformé à la nouvelle procédure introduite le 1^{er} mars 2012 pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire selon le principe aléatoire, par le biais de la plateforme SuisseMed@P.
18. Invitée à se déterminer, la recourante persiste dans ses conclusions, estimant que l'intimé dispose d'un dossier médical complet lui permettant de statuer sur sa demande de révision.
19. Dans sa dernière écriture du 4 février 2013, l'intimé maintient sa position.
20. Sur quoi, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Le recours est dirigé contre une décision incidente rendue par l'intimé en application de l'art. 43 LPGA. Il s'agit-là d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; cf. ATF P 29/03 du 25 novembre 2004).

Conformément à l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours.

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est par conséquent recevable (cf. art. 60, 61 LPGA, art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1085 (LPA ; RSG E 5 10)

3. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimé est fondé, dans le cadre de la demande de révision présentée par la recourante, d'une part à mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire, ainsi que sur le contenu de la mission d'expertise, d'autre part.
4. a) Aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA).

b) Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

c) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à

l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370).

Dans un arrêt de principe 9C_243/2010 du 28 juin 2011, publié à l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Socialversicherungsrecht*, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA), correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral. Il a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.). Notre Haute Cour a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision

incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256).

5. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 de Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). Dans ce cadre, l'autorité appelée à statuer doit comparer les circonstances entourant la nouvelle décision et celles qui prévalaient lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108; 130 V 71) pour déterminer si la situation médicale a subi la modification notable évoquée.
6. En l'espèce, dans le cadre de la demande de révision, divers rapports médicaux ont été produits. L'intimé considère qu'au vu des rapports contradictoires, une expertise pluridisciplinaire s'impose. La recourante s'oppose en premier lieu au principe même de l'expertise, qu'elle estime superflue, au motif que l'intimé est en possession de tous les éléments lui permettant de statuer sur son droit à la rente. Il s'agit-là d'une objection matérielle que la recourante peut faire valoir conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210, consid. 3.4.3.7).

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2007, le Dr A_____, médecin traitant, fait état de la persistance des migraines ainsi que d'une fatigabilité du membre supérieur droit qui est anormale. Il explique que la patiente a courageusement tenté de reprendre son travail à 60 % depuis 2004, mais qu'au mois de septembre 2007, sa capacité de travail est trop fortement atteinte pour qu'elle puisse continuer. Il a attesté d'une capacité de travail de 40 % depuis le 17 septembre 2007. Enfin, dans un rapport du 10 décembre 2010, le médecin traitant indique que la patiente est en incapacité de travail à 100 %.

Le Dr B_____ a établi deux rapport médicaux, datés des 14 janvier 2008, respectivement 22 mai 2008. Dans le premier, ce médecin ne se prononce pas sur l'aggravation de l'état de santé. Il estime toutefois que le taux de capacité de 40 % préconisé par le médecin traitant est trop bas et considère que la patiente peut assumer un 50 %, avec un rendement de 80 % en raison de la fatigabilité. En revanche, dans son deuxième rapport, il mentionne comme élément nouveau ou d'aggravation, en plus de l'aggravation des migraines, un état d'épuisement proche d'un « burn out ».

L'intimé a reçu copie d'un rapport d'expertise établi le 9 avril 2008 par le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, au CEMed, à la demande de l'assureur-accidents. Sur le plan neurologique, l'expert indique qu'il n'y a pas d'aggravation des atteintes secondaires à l'accident ou d'atteinte ultérieure depuis l'expertise de 2005. Une capacité de travail de 60 % au moins reste exigible, tant dans l'ancienne activité que dans toute autre activité potentiellement exigible. Le Dr B_____, qui s'est prononcé sur l'expertise précitée à la demande du mandataire de la recourante, relève dans un courrier du 30 mai 2008 que le rapport d'expertise contient quelques erreurs, notamment à l'anamnèse systématique urogénitale. De même, l'état d'épuisement et le burn-out ont été totalement passés sous silence. Enfin, l'expert s'est trompé en affirmant à la page 11 de son rapport qu'une incapacité de travail de 60 % (en fait une capacité de travail de 60 %) avait été retenue pour une période de 5 ans après l'accident, à revoir ultérieurement. Selon le Dr B_____, si l'on analyse la situation d'épuisement, on peut observer que la capacité de travail de la patiente avait été évaluée de façon purement empirique, peu de temps après l'accident. Or, la patiente peinait à suivre le rythme en raison d'une fatigabilité et d'une efficacité moindre. De fait, la situation s'est aggravée, la patiente a dû lutter pour pouvoir maintenir ce taux de 60 %, ce qui a abouti à un épuisement total. Après une phase d'incapacité totale, elle a été remise au travail à 40 %. Ce taux lui paraît cependant trop bas, raison pour laquelle il a proposé une capacité résiduelle de 50 %, avec un rendement réduit à 80 % en raison de la fatigabilité et des migraines. Cette capacité résiduelle de 50 % devrait pouvoir rompre le cercle vicieux de l'épuisement. Par ailleurs, il est possible qu'une prise en charge plus appropriée des migraines apporte également un petit soulagement.

Sur le plan psychiatrique, la recourante a été examinée, à sa demande, par la Dresse C_____. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2008, la psychiatre note une aggravation de l'état de santé et diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Ce médecin explique que la dépression et le trouble neurologique sont liés. Les capacités d'adaptation diminuées de la patiente ont été progressivement dépassées pour arriver, finalement, vers un état d'épuisement à partir de septembre 2007. Depuis le mois de septembre 2007, l'assurée travaille à 40 %, puis, depuis le mois de septembre 2008, elle est en arrêt de travail total. Le développement d'une légère hypothyroïdie en 2008 a pu, possiblement, contribuer à la décompensation qui a amené à une incapacité de travail totale en septembre 2008. Selon la Dresse C_____, l'incapacité de travail s'est péjorée, surtout en 2007. Actuellement, en tenant compte des facteurs de stress réduits et du temps de repos augmenté, la capacité de travail est de 40 %. Au-delà de ce taux, le cercle vicieux de la surcharge provoquant la fatigue et les migraines risque fortement de se réinstaller. Concernant l'évolution future, la psychiatre indique que l'on se trouve en présence d'un trop grand nombre de

variables pour pouvoir raisonnablement se prononcer. Une réévaluation dans une année pourrait permettre de refaire le point sur l'état de santé de l'expertisée.

A la lecture des rapports médicaux figurant au dossier et compte tenu de l'écoulement du temps depuis le dépôt de la demande de révision que la Cour de céans ne peut que déplorer, force est de constater que l'intimé n'est pas en mesure de se prononcer de façon définitive. Une aggravation de l'état de santé et de l'incapacité de travail depuis septembre 2007 a été, certes, rendue plausible, au regard notamment du rapport de la Dresse C_____. Dans son arrêt du 16 septembre 2010, la Cour de céans avait en effet admis que ce rapport revêtait une valeur probante suffisante pour admettre que la recourante avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé, de sorte que l'intimé a été invité à entrer en matière sur la demande de révision. Mais contrairement à ce que soutient la recourante, la Cour de céans ne s'était nullement prononcée sur le fond.

Cela étant, la Cour de céans relève que plus de plus de quatre ans après le rapport de la Dresse C_____ de décembre 2008, on ignore comment l'état de santé de la recourante et/ou son incapacité de travail ont évolué. La psychiatre ne pouvait en effet pas se prononcer sur l'évolution future et préconisait de réévaluer l'état de santé de la patiente dans un an. De surcroît, il appert qu'en 2010, la recourante aurait été à nouveau en incapacité de travail totale, selon le rapport de son médecin traitant daté du 10 décembre 2010. Compte tenu aussi de l'imbrication des atteintes somatiques et psychiques, du problème (nouveau) d'hypothyroïdie, la Cour de céans considère qu'une expertise pluridisciplinaire paraît aujourd'hui indispensable aux fins de clarifier la situation médicale de la recourante et ses conséquences sur sa capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, l'intimé n'a pas violé le droit en ordonnant une expertise pluridisciplinaire, étant précisé qu'il a respecté la procédure prévue par l'art. 72bis du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), entré en vigueur le 1^{er} mars 2012.

7. Reste à examiner le contenu de la mission d'expertise. La recourante conteste le libellé des questions, motif pris que l'intimé entend recueillir un avis médical divergent rétroactivement depuis 2003. Quant à la question relative à la capacité ménagère, elle soutient qu'elle ne revêt strictement aucun sens, dès lors qu'elle a un statut d'active.

La Cour de céans rappelle qu'en procédure de révision, il ne s'agit pas d'obtenir une « second opinion » rétroactivement depuis 2003 comme le relève à juste titre la recourante. La question déterminante à trancher en l'occurrence est non pas de savoir si la recourante présente des empêchements justifiés médicalement depuis l'accident de 2003 - ce qui a été déjà admis et abouti à l'octroi d'un quart de rente -, mais bien si et dans quelle mesure son état de santé s'est modifié notablement

depuis la décision d'octroi d'un quart de rente du 24 avril 2007, quelles en sont les conséquences sur sa capacité de travail et enfin, quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail jusqu'à ce jour (cf. art. 17 LPGA ; ATF 133 V 108). Dans ce cadre, il ne s'agit pas uniquement de savoir, contrairement à ce que soutient la recourante, si son état de santé s'est aggravé.

Quant aux empêchements dans le ménage, la Cour de céans se pose la question de leur opportunité ; en effet, lors de l'octroi du quart de rente, le statut de personne active a été reconnu à la recourante et, en procédure de révision, le même statut a été retenu selon les pièces du dossier (cf. pièces nos 75, 81, 103, 119 intimé), à l'exception d'un seul document (pièce no 139 intimé) qui mentionne un statut mixte, ce sans autre précision ni motivation. L'intimé ne s'est pas prononcé à ce sujet. Cela étant, il ne s'agit que d'une mesure d'instruction et la Cour de céans ne saurait se prononcer par anticipation sur le fond. Quoi qu'il en soit, la recourante ne subit aucun préjudice, dès lors qu'il lui sera loisible, le cas échéant, de recourir contre la décision que l'intimé sera appelé à rendre. Ses droits sont ainsi entièrement préservés.

Enfin, s'agissant d'une expertise pluridisciplinaire, il est important que les experts mandatés procèdent à une appréciation consensuelle du cas.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'il se justifie de modifier le contenu de la mission d'expertise et de reformuler les questions à poser aux experts de façon suivante :

1. Anamnèse détaillée du cas.
2. Données subjectives de l'assurée.
3. Constatations objectives, status clinique.
4. a) Diagnostic(s) somatique(s).
b) Diagnostic(s) psychiatrique(s) (selon classification internationale CIM-10).
Indiquer depuis quand ils sont présents et quel est leur degré de gravité.
5. Dire si et dans quelle mesure l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis le 24 avril 2007, du point de vue somatique, respectivement psychiatrique. Veuillez expliquer.
6. Décrire quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis avril 2007, sur le plan somatique, respectivement psychiatrique ; amélioré/péjoré/stationnaire ?

En cas de changement, indiquer depuis quelle date précise l'amélioration ou la péjoration clinique a-t-elle eu lieu.

7. Mentionner les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail de l'assurée, en pour-cent :
 - a) dans l'activité habituelle
 - b) dans une activité adaptée
8. Indiquer quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis avril 2007, en pour-cent.
9. Indiquer, le cas échéant, quelle sont les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, sur le plan somatique, respectivement psychiatrique.
10. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la recourante, compte tenu de son état de santé (en pour-cent ou heures par jour)? Dans quel(s) domaine(s) ?

Doit-on s'attendre à une diminution de rendement et, dans ce cas, dans quelle mesure ?
11. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? si oui, lesquelles ? Sont-elles raisonnablement exigibles de l'assurée ?
12. Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
13. Indiquer si l'assurée présente des empêchements ménagers en relation avec des séquelles de l'accident ou en raison d'autres atteintes à la santé.
14. Appréciation du cas et pronostic.

En cas de divergence, tant en ce qui concerne les diagnostics que la capacité de travail résiduelle, entre les experts et les médecins ayant traité ou examiné l'assurée, veuillez expliquer et motiver votre réponse.

15. Appréciation consensuelle du cas :

Invite les experts à comparer leurs constatations, à se livrer à une appréciation consensuelle du cas puis à répondre de manière commune en motivant leurs réponses aux questions suivantes :

- i. Veuillez indiquer si, depuis avril 2007, l'état de santé de la recourante - compte tenu des aspects somatiques et psychiatriques - est, sur le plan clinique, demeuré stationnaire, s'il s'est amélioré ou au contraire péjoré ? En cas d'amélioration ou de péjoration, dire dans quelle mesure et depuis quand.
- ii. Veuillez indiquer quelle a été l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis avril 2007, compte tenu des atteintes à la santé

somatiques et psychiatriques et le cas échéant des limitations fonctionnelles dans son activité habituelle , à quel taux et à partir de quelle date.

- iii. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? si oui, dans quelle(s) activité(s), à quel taux et à partir de quelle date ?

16. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

- 8. Au vu des considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis.
- 9. L'intimé sera condamné à payer à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.

La cause ne concernant pas l'octroi ou le refus de prestations, il ne sera perçu aucun émolument (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
4. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le