RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1679/2020 **ATAS/102/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 février 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN	recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1986, a travaillé à temps partiel en qualité d'employée d'une boulangerie/tea room pour B_____SA, à Meyrin, depuis janvier 2011. Elle était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).

2. Selon un rapport de police du 16 novembre 2011, le 2 octobre 2011, alors que l'assurée était arrêtée à un feu de circulation au volant de son véhicule, celui-ci a été percuté à l'arrière par un conducteur en état d'ébriété roulant à 80-90 km/h. Suite au choc, la voiture de l'assurée a été projetée à 30 m, après avoir effectué plusieurs tête-à-queue (rapport de police du 16 novembre 2011), puis a pris feu. Les pompiers ont dû procéder à la désincarcération de l'assurée. Aucune trace de freinage n'était visible sur la chaussée. La voiture de l'assurée a subi d'importants dégâts sous la violence du choc.

3. La SUVA a pris en charge les suites du cas par le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais médicaux.

4. Le 11 mai 2012, une IRM encéphalique a été effectuée en raison des céphalées et des troubles de l'attention présentés par l'assurée depuis le traumatisme crânien. Par rapport du 14 mai 2012, le docteur C_____ spécialiste FMH en radiologie, a constaté une dilatation des espaces de Virchow-Robin pariétaux droits, atypique, variante de la norme. Il a relevé qu'une association entre la dilatation des espaces de Virchow-Robin et un traumatisme crânien avait été décrite.

5. Le 19 septembre 2012, l'assurée a débuté des cours à la faculté de droit de l'université de Genève.

6. À la demande de la SUVA, Monsieur D_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a examiné l'assurée le 26 juin 2013. Par rapport du 26 avril 2013, il a considéré qu'au vu de l'amnésie et de l'absence de lésions à l'IRM, on se trouvait probablement face à un traumatisme cranio-cérébral (ci-après TCC) léger. Il a diagnostiqué des troubles attentionnels modérés dans les tâches à composante exécutive, un ralentissement attentionnel sévère dans des tâches exigeantes (informatisées) et un déficit en récupération en mémoire verbale. Les troubles neuropsychologiques étaient en lien de causalité certain avec l'événement accidentel. On pouvait estimer qu'ils étaient probablement stables et peu susceptibles d'amélioration. Cela étant, l'assurée se disait très volontaire et convaincue qu'elle pourrait récupérer. L'atteinte à l'intégrité était modérée au sens des tables de la SUVA (20%).

7. Le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé, dans un rapport du 22 novembre 2013, que les troubles cognitifs dont l'assurée faisait état n'avaient pas été provoqués par le TCC léger du 2 octobre 2011, relevant que le procès-verbal de police ne faisait pas état d'une

perte de connaissance de l'assurée et que le CT-scan n'avait révélé ni pathologie cérébrale, ni fracture crânienne, du squelette facial ou du rachis cervical.

8. Le 12 décembre 2013, la SUVA a indiqué à l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation de son traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Elle mettait donc fin au versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014 et à la prise en charge des frais médicaux, hormis des contrôles médicaux espacés avec un maximum de quatre par an, des séances de physiothérapie en voie progressivement dégressive sur encore une année et le traitement à base d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs à doses modérées de l'ordre d'un à deux comprimés par jour sur le long terme. Les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1er avril 2014 allaient être examinées et l'assurée allait être renseignée sur ce point dès que possible. Outre une éventuelle rente d'invalidité, l'assurée avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) de CHF 12'600.-.

9. Le 24 janvier 2014, l'assurée a contesté le taux de l'IPAI retenu et les séances de physiothérapie prises en charge. En outre, il fallait tenir compte de ses atteintes neuropsychologiques et le volet psychique n'avait pas été examiné. L'IPAI devait s'élever à tout le moins à 30%.

10. À la demande de la SUVA, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 26 février 2014, il a conclu qu'elle ne présentait pas de pathologie majeure. La thymie n'était pas dépressive. L'anxiété était présente, mais restait contenue, et pouvait être considérée comme normale compte tenu des importantes incertitudes qui pesaient sur l'assurée. Si elle signalait des flashbacks, des cauchemars ou des évitements, ces symptômes étaient en réduction et on ne pouvait retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (l'assurée avait dû être « protégée » par sa perte de conscience lors de l'événement). Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitations concernant la reprise d'activité, notamment ses études universitaires.

    Le Dr F_____ a notamment retenu, sur la base des pièces communiquées, que la voiture de l'assurée avait probablement fait plusieurs tonneaux. L'accident avait eu comme conséquence, notamment, un TCC avec perte de connaissance et amnésie des faits. Sur le plan de la scolarité, l'assurée avait été une élève avec beaucoup de facilité, régulièrement une des meilleures de sa classe. Depuis moins d'un an, elle était suivie hebdomadairement par la doctoresse G_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, mais aucun rapport de ce médecin n'avait été versé au dossier. Le médecin ne relevait pas de trouble de la mémoire ou de la concentration notamment à l'évocation de son histoire personnelle. Il n'y avait pas de tristesse visible, sauf à certains moments, lorsque l'assurée évoquait ses difficultés de vie et son combat pour effectuer des études.

11. Par décision du 10 avril 2014, la SUVA a indiqué qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Il confirmait la fin du versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014 et de la prise en charge des frais médicaux, hormis des contrôles médicaux espacés avec un maximum de quatre par année, des séances de physiothérapie (trois fois neuf séances par année sur trois ans de 2014 à 2016) et le traitement à base d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs à doses modérées de l'ordre d'un à deux comprimés par jour sur le long terme. L'assurée avait droit à une IPAI de CHF 12'600.-, compte tenu d'un taux de 10%.

12. Le 13 mai 2014, l'assurée a formé opposition en tant que la décision fixait un terme à la prise en charge de la physiothérapie et un taux de l'IPAI à 10%.

13. Par décision du 14 juillet 2014, la SUVA a rejeté l'opposition.

14. Par acte du 10 septembre 2014, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition de la SUVA, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à l'octroi d'une IPAI à un taux de 50% et à la réserve de l'examen du droit à une rente jusqu'à l'issue de ses études.

15. Par arrêt du 28 septembre 2015 (ATAS/724/2015), la chambre de céans a annulé la décision de l'intimée du 14 juillet 2014 en tant qu'elle fixait le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10% et qu'elle niait le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques et l'accident de l'assurée du 2 octobre 2011, estimant que les conclusions du Dr E_____ ne pouvaient être confirmées. Elle a renvoyé la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, de préférence en milieu universitaire, auprès d'un spécialiste en imagerie médicale, d'un neurologue et/ou neuropsychologue et, le cas échéant, d'un psychiatre.

16. Par courriel du 16 juin 2017, l'intimée a informé l'assurée du nom des experts désignés parmi des médecin du CHUV dans les différentes disciplines de l'expertise, à savoir le professeur H_____, neurologue FMH, comme expert principal chargé de la coordination, de l'organisation et de la supervision, la doctoresse I_____, médecin assistant en neurologie, Madame J_____, psychologue diplômée spécialiste en neuropsychologie FSP, la professeure K_____, médecin cheffe du service de neuro-rééducation et neuropsychologie, le docteur L_____, radiologue FMH, chef de clinique en neuroradiologie, le docteur M_____, psychiatre FMH, le docteur N_____, orthopédie FMH, et le docteur O_____, médecin assistant en orthopédie.

17. Le 21 juin 2017, l'assurée a informé la SUVA n'avoir pas de remarques à formuler à propos des experts désignés.

18. a. Dans un rapport d'expertise « neurologique » du 21 janvier 2018 adressé à la SUVA, les Drs H_____ et I_____ ont posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de :

- douleurs de hanches chroniques bilatérales post-traumatiques sans signe d'arthrose ;
- douleurs chroniques sus trochantériennes droites d'origine musculaire, probablement liées à des troubles de la statique (cf. expertise orthopédique) ;
- status post fracture transverse du cotyle bilatérale ;
- trouble anxieux et dépressif mixte ;
- douleurs multiples avec probables composantes somatoformes ;
- troubles neuropsychologiques (mnésiques, attentionnels et exécutifs) en aggravation continue.

Tous les diagnostics précités étaient en rapport de causalité avec l'accident avec influence sur la capacité de travail et le rendement, au degré de la vraisemblance prépondérante, sauf les troubles neuropsychologiques.

Le diagnostic non organique de trouble anxieux et dépressif était considéré en relation de causalité avec l'accident au niveau de la vraisemblance prépondérante. Il n'existait pas de limitations horaire en plus de la baisse de rendement. Les limitations principales étaient surtout liées au besoin de l'assurée de faire des pauses et de changer régulièrement de position.

L'examen neuropsychologique mettait en évidence des déficits relativement sévères en aggravation depuis 2013, avec déficits en mémoire à court terme, mémoire de travail, troubles attentionnels et dysfonction exécutive (cf. rapport neuropsychologique). Les troubles neuropsychologiques présentaient une aggravation progressive entre les différents examens. Il s'agissait d'une évolution inverse de celle attendue en cas de troubles séquellaires à un traumatisme crânien. Afin d'exclure une pathologie évolutive expliquant cette péjoration, les médecins avaient complété le bilan par une IRM cérébrale et un bilan biologique, sans anomalie mise en évidence. Une influence des troubles de l'humeur et du syndrome douloureux sur le fonctionnement cognitif était probable au vu d'indices constatés lors de l'examen neuropsychologique qui laissaient suggérer que l'assurée était incapable de recruter l'ensemble de ses fonctionnalités (score invalide lors d'une épreuve de validité des symptômes, empan visuo-spatial très faible pour le niveau de fonctionnement de l'assurée et inconstance des temps de réaction à un test de réponse attentionnelle simple). Les résultats obtenus par le biais de questionnaires rejoignaient les conclusions de l'expertise psychiatrique quant à la présence d'une symptomatologie post-traumatique sévère avec possibles signes de la lignée anxio-dépressive. Les résultats semblaient inattendus au vu de la bonne réussite académique de l'assurée. Toutefois les tests à la recherche d'une simulation n'étaient pas concluants. Les experts psychiatres évoquaient la possibilité que d'une manière inconsciente, l'assurée se préparait « une porte de sortie » en cas d'échec professionnel. Les troubles neuropsychologiques n'étaient pas la conséquence directe d'une lésion traumatique ou d'un autre mécanisme structurel en relation

avec le traumatisme. L'atteinte neuropsychologique était probablement expliquée, vu son aggravation tardive après l'accident et après l'exclusion raisonnable d'une autre pathologie cérébrale évolutive, par les douleurs ou les troubles psychiatriques (état anxio-dépressif) liés au traumatisme ou un possible manque de recrutement de toutes les facultés intellectuelles dans ce contexte de symptômes post-traumatiques multiples.

S'agissant de l'incidence des atteintes causées par l'accident sur la capacité de travail de l'assurée, les experts ne retenaient pas d'incapacité de travail directe sur le travail d'employée en boulangerie. Une diminution de rendement dans cette activité attribuable au traumatisme était de 50% du point de vue orthopédique. En effet, cette activité impliquait le port de charges et la nécessité de stations debouts prolongées, éléments limités en raison des séquelles orthopédiques (douleurs) liées au traumatisme. La diminution de rendement était de 25-30% du point de vue psychiatrique (trouble anxieux et dépressif mixte). Ces deux limitations étaient jugées comme non additives avec une diminution globale de la capacité de travail comme employée de boulangerie attribuable au traumatisme de 50%. Dans une activité de juriste, les experts ne retenaient pas d'incapacité de travail. Le rendement était également diminué, en lien avec le traumatisme, de l'ordre de 25-30% en raison du trouble anxieux et dépressif et de l'ordre de 20-30% en raison des troubles neuropsychologiques, mais cette réduction d'origine neuropsychologique n'était pas attribuable directement à l'accident et ne s'additionnait pas aux 25-30% psychiatriques.

Une atteinte à l'intégrité corporelle d'environ 50% était retenue, soit :

- de 30% du point de vue orthopédique, qui pourraient être revus à la hausse dans quelques années (cf. expertise orthopédique) ;
- entre 20-35% du point de vue neuropsychologique (cf. expertise neuropsychologique) ;
- entre 20-30% du point de vue psychiatrique (cf. expertise psychiatrique).

Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité du point de vue de la neurologie.

Les experts pondéraient l'atteinte à l'intégrité à 50% au vu des interactions entre les différentes plaintes pour deux raisons :

- parmi les trois facteurs contribuant à l'atteinte à l'intégrité, seulement les éléments orthopédiques et psychiatriques étaient attribuables à l'accident ;
- une interaction circulaire pouvait être supposée entre les symptômes psychiatriques et les autres symptômes séquellaires de l'accident. La présence de douleurs, de la fatigabilité, de troubles de la concentration, etc. alimentaient les sentiments négatifs et la pénibilité du vécu de l'assurée favorisant la production des symptômes psychiques du registre anxio-dépressif. En retour, les symptômes psychiques jouaient un rôle de sensibilisation accrue aux autres symptômes séquellaires de l'accident.

Durant les trois premiers mois suite à l'accident (hospitalisation aiguë, puis rééducation stationnaire), l'incapacité de travail de l'assurée avait été de 100%.

Lors des neuf mois suivants (douleurs lentement régressives, utilisation de cannes et thérapie ambulatoire), l'incapacité de travail pouvait être rétrospectivement estimée à environ 75%.

Dès le 12ème mois après l'accident, l'incapacité de travail (ou la diminution du rendement) avait atteint son niveau actuel de 50%.

L'évolution du taux de la capacité de travail de l'assurée était difficilement prédictible. Elle pourrait être favorable suite à une prise en charge antalgique, physiothérapeutique et neuropsychologique. Toutefois, une évolution défavorable était également attendue en cas d'apparition d'arthrose. À la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident jouaient un rôle, les experts ont répondu qu'une interaction circulaire pouvait être supposée entre les symptômes psychiatriques et les douleurs séquellaires à l'accident menant à un possible manque de recrutement de toutes ses facultés intellectuelles dans le contexte de symptômes post-traumatiques multiples, lequel entraînait une diminution des capacités cognitives lors des examens psychologiques qui n'était pas directement attribuable à l'accident.

Le syndrome douloureux chronique et l'état anxio-dépressif attribuables à l'accident entraînaient une diminution du rendement professionnel de 25-30% en tant que juriste. L'impact négatif sur la formation académique de l'assurée pouvait être estimé à la même proportion hormis un impact plus important lors de la première année d'études. En retenant que ce déficit restait stable (incertitude quant à une évolution favorable ou défavorable précitée), il y avait eu un impact négatif sur la formation académique de l'assurée et sur son parcours professionnel futur. Elle se trouverait désavantagée sur le marché du travail, dans le sens où il lui serait plus difficile qu'à une personne valide de trouver et conserver un emploi avec une rémunération identique puisque son rendement était diminué de 20-30% et que son poste et son temps de travail devaient être adaptés.

Une éventuelle aggravation de l'arthrose de la hanche droite ne devrait pas avoir une influence sur le rendement de l'assurée comme juriste à l'avenir.

Les limitations fonctionnelles dont souffrait l'assurée étaient :

- des douleurs post-traumatiques l'empêchant de maintenir une position statique, de pratiquer du sport ou d'avoir une vie sexuelle épanouie ;
- une atteinte psychiatrique contribuant aux troubles cognitifs avec troubles de la concentration et fatigabilité ;
- des troubles du sommeil avec cauchemars et une forte appréhension de la conduite de nuit.

Les atteintes suivantes reposaient sur un substrat organique au degré de la vraisemblance prépondérante :

- les douleurs de hanches chroniques bilatérales post-traumatiques sans signe d'arthrose ;
- les douleurs chroniques sus-trochantériennes droites d'origine musculaire, probablement liées au troubles de la statique de l'assurée ;
- le status post fracture transverse du cotyle bilatérale.

b. À teneur d'un rapport établi le 20 octobre 2017 par les Drs O_____ et N_____, ceux-ci ont mentionné, sous anamnèse : « accident de la voie publique, voiture/voiture, l'assurée étant à l'arrêt au feu de signalisation ». Elle avait été percutée par un véhicule arrivant à haute vitesse derrière elle avec un déplacement d'environ 30 m et une désincarcération par pompiers. Elle avait eu une amnésie circonstancielle. Le rapport mentionne les plaintes de l'expertisée et pose les diagnostics de fracture transverse du cotyle bilatérale avec comminution centrale et déplacement minime à droite, non déplacée à gauche mais avec fragment osseux intra articulaire antéro-inférieur gauche. Les fractures étaient consolidées du point de vue radiologique. La fracture du sacrum n'était pas retrouvée sur les radiographies et le scanner initial, mais on constatait un défaut de fusion des crêtes latérales déjà visible sur une radiographie de 2003, sans déplacement secondaire. Les experts ont rapporté les observations faites lors d'un examen clinique et le bilan radiologique du 28 septembre 2017. Ils concluaient que l'assurée, âgée de 32 ans, était dynamique, soignée et coopérante avec, pour plaintes principales, des douleurs chroniques bilatérales des hanches prédominantes à droite limitant son périmètre de marche, lui interdisant de courir ou sauter et compromettant sa capacité à rester longtemps assise ou debout. L'examen clinique mettait en évidence une restriction des amplitudes articulaires réelle, mais sans blocage mécanique, avec défense et autolimitation par l'assurée, en raison des douleurs. Au vu du traumatisme articulaire bilatéral initial, l'assurée présentait une probabilité forte de développer une coxarthrose post-traumatique, de survenue plus précoce à droite, en raison de la persistance d'une marche d'escalier intra articulaire (rapport IRM du 21 décembre 2011). Malgré la persistance de symptômes pouvant être interprétés comme précurseurs de la survenue d'une arthrose, les experts penchaient clairement pour la poursuite du traitement conservateur et l'abstention chirurgicale tant que de francs signes radiologiques d'arthrose n'étaient pas décelés. L'importance des douleurs et leur vécu par l'assurée semblaient à mettre en perspective avec le traumatisme psychologique, qui paraissait toujours latent à l'heure de l'examen. L'assurée était en pleine révolte et n'avait pas fait acte de résilience. Seule une expertise psychiatrique permettrait d'en définir l'importance ainsi que les éventuels diagnostics associés. Dans ce contexte, une arthroplastie précoce risquerait de ne pas suffisamment soulager l'assurée, tout en augmentant la morbidité globale (risques d'infection, luxation, usure…) et ne devrait être envisagée qu'après apparition des signes radiologiques classiques d'arthrose. En raison de l'atteinte

bilatérale et de la sévérité de la douleur et des limitations fonctionnelles, certes difficiles à comprendre mais présentes, les experts estimaient à 30% l'atteinte à l'intégrité actuelle de l'assurée. Ce taux était fondé sur les tables de la SUVA en tenant compte de la limitation des amplitudes articulaires, de la boiterie et de la limitation du périmètre de marche. Le taux pourrait être revu à la hausse dans quelques années si l'arthrose se manifestait davantage et augmentait le handicap.

Le rapport mentionne encore :

- sous « avis psychologique » : pas de réel diagnostic psychiatrique, mais une personnalité pré-morbide (anorexie, boulimie).
- sous « avis neuropsychologique » : quatrième évaluation neuropsychologique. Troubles de la mémoire à court terme, mémoire de travail. Dysfonction exécutive. Étonné de voir de telles difficultés dans les tests avec maintien d'un niveau universitaire OK. Tests pour dépister une simulation non concluants. Doit revoir la patiente pour deuxième examen.
- Sous « avis neuroradiologique » : deux IRM cérébrales précédentes bien réalisées. Pas de séquelles hémorragiques corticales ni évolution de l'imagerie en cinq ans.

Les experts ont indiqué – à la question de savoir parmi les atteintes à la santé constatées quelles étaient celles qui, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, étaient en rapport de causalité avec l'accident du 2 octobre 2011 – que les douleurs chroniques bilatérales post-traumatiques des hanches après fracture transverse bilatérale du cotyle traitée conservativement et la consolidation radiologique en position anatomique, étaient évocatrices d'une coxarthrose post-traumatique débutante (pas d'atteinte visible à la RX). Ces douleurs étaient associées à une sinistrose et à un usage chronique d'antalgiques, y compris de palier III de manière occasionnelle. Les douleurs chroniques sus-trochantériennes droites d'origine musculaire (moyen fessier) étaient probablement liées à des troubles de la statique (positions de décharge articulaire). En effet, les manœuvres cliniques de provocation d'une hanche à ressaut étaient négatives et le moyen fessier était compétent à 5/5, même si l'assurée le relâchait volontairement en appui unipodal après quelques secondes afin de soulager ses douleurs.

Les atteintes à la santé actuellement diagnostiquées étaient encore vraisemblablement, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, des séquelles de l'accident, étant donné que l'assurée ne présentait aucune plainte similaire avant l'accident et que les fractures intra articulaires étaient réputées pour leur potentiel arthrogène. Cependant aucun signe radiologique d'arthrose n'était pour le moment visible à la radiographie. Les douleurs chroniques et la consommation chronique d'antalgiques faisaient partie des suites possibles dans les accidents graves. Les attentes de l'assurée reposaient sur un substrat organique en rapport au moins partiel avec l'accident. Une atteinte intra articulaire coxofémorale bilatérale prédominait à droite avec la présence d'un corps étranger intra articulaire

à gauche. Ce corps étranger était toutefois en position antéro-inférieure dans la capsule articulaire et ne gênait en principe pas. La physiothérapie semblait soulager l'assurée de manière temporaire. Cependant, l'amélioration de l'état de santé n'était que transitoire et la physiothérapie n'était pas de nature à changer le pronostic et la rapidité de survenue de l'arthrose. L'incidence des atteintes causées par l'accident était majeure sur le métier d'employée de boulangerie, qui comprenait notamment le port de charges et la station debout prolongée, avec une diminution du rendement dans ce type d'activité avoisinant les 50%. L'incidence était relativement plus faible sur une carrière académique avec plus de possibilités d'adaptation du poste. Du point de vue orthopédique, on ne devrait pas avoir de limitation dans un tel poste. Les médicaments et l'éventuelle maladie psychiatrique pouvaient en revanche entraîner une diminution du rendement.

Du point de vue orthopédique, il y avait une atteinte à l'intégrité corporelle d'environ 30%. Le taux pourrait être revu à la hausse dans quelques années, si l'arthrose se manifestait davantage et qu'elle augmentait le handicap.

c. Dans un rapport établi le 28 novembre 2017, le Dr M_____ a indiqué que son expertise psychiatrique se fondait sur deux entretiens avec l'assurée, l'entretien de synthèse avec les représentants des autres disciplines médicales et l'étude du dossier de la SUVA. Le rapport contient les motifs de l'expertise, une anamnèse détaillée, les résultats de l'observation clinique ainsi que les diagnostics posés, soit un trouble anxieux et dépressif mixte et les antécédents d'anorexie mentale et de boulimie. Sous discussion, l'expert a indiqué qu'au moment de l'accident dont elle avait été victime, l'assurée avait surmonté ses difficultés alimentaires et, après plusieurs années de petits emplois successifs, elle venait de fêter sa maturité, obtenue en cours d'emploi par le biais de cours du soir, et elle commençait des études universitaires. Elle n'apparaissait pas avoir souffert, durant cette période, de manifestations du registre psychiatrique. Elle s'insurgeait de la qualification de troubles du comportement alimentaire, estimant que la perte de masse musculaire et de poids qu'elle avait présentée durant son hospitalisation après l'accident était à mettre sur le compte de l'immobilisation forcée. Elle soutenait qu'elle était libérée de ce type de difficultés pendant cette période. Les suites de l'accident avaient été vécues comme difficiles par l'assurée, qui n'avait pu se départir d'un sentiment d'injustice et d'une colère contre le conducteur fautif, sentiments qui restaient présents à l'heure actuelle et qu'elle parvenait à critiquer. Elle ressentait encore les séquelles de l'accident, sous la forme de douleurs le plus souvent, ou d'autres manifestations, comme le fait d'être confrontée à des difficultés de concentration. L'ensemble de ces symptômes résiduels jouait un rôle négatif en ce qu'il entretenait un accroissement du vécu de pénibilité de l'assurée par rapport à sa situation en cristallisant certains aspects de son fonctionnement de personnalité. Ces aspects de fonctionnement psychique n'étaient toutefois pas assez graves pour être considérés comme un trouble psychiatrique. Ainsi, l'ensemble et la persistance des symptômes décrits par l'expertisée correspondaient au diagnostic de trouble anxieux et

dépressif mixte. Il n'y avait pas d'autre diagnostic psychiatrique à poser à l'heure actuelle. Il était hautement probable que le trouble anxieux et dépressif mixte ait été et soit maintenu et chronicisé en partie par la persistance des divers symptômes séquellaires à l'accident (douleurs, difficultés de concentration et fatigabilité notamment), lesquels alimentaient la survenue des émotions négatives et la pénibilité du vécu de l'assurée et qu'en retour, ces aspects favorisaient la production symptomatique psychique (symptômes du registre dépressif et anxieux) dans des mécanismes d'interaction circulaire. Il apparaissait ainsi, du point de vue psychiatrique, que la persistance des troubles psychiques encore observables était à mettre en relation, au moins partielle, avec l'accident de la circulation et ses suites médicales. Les symptômes psychiques, selon leur intensité, jouaient un rôle de sensibilisation accrue aux symptômes séquellaires de l'accident et participaient à réduire le rendement d'une activité manuelle ou intellectuelle dans une proportion que l'on pouvait estimer de 20 à 30%.

d. Dans un rapport établi le 23 octobre 2017, le Dr L_____ a indiqué que sa mission consistait à procéder à une étude comparative des IRM existantes et à décrire leurs résultats. Sur la base des IRM cérébrales des 11 mai 2012 et 24 janvier 2013, aucun examen neuroradiologie complémentaire n'était nécessaire pour l'exploration des lésions cérébrales accidentelles. Compte tenu des résultats des évaluations neuropsychologiques successives présentées lors de la réunion du 4 octobre 2017 mettant en évidence une altération cognitive progressive de l'expertisée, une nouvelle IRM cérébrale de contrôle était proposée afin d'exclure une cause organique évolutive non accidentelle sous-jacente.

e. Par courrier du 18 octobre 2017, Mme J_____ et la Prof. K_____ ont transmis au Dr H_____ leur rapport sur le volet neuropsychologique de l'expertise. En ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité, l'examen neuropsychologique effectué mettait en évidence un sévère déficit de la mémoire à court terme verbale et visuo-spatiale, associé à un sévère déficit de la mémoire de travail verbale touchant particulièrement la gestion des interférences, un trouble modéré à sévère de la mémoire épisodique antérograde verbale caractérisé par une altération des capacités de reconnaissance et de récupération, une dysfonction exécutive marquée par un sévère défaut d'inhibition et de flexibilité mentale ainsi qu'un sévère trouble attentionnel, marqué par une altération de l'alerte, de l'attention sélective visuelle, de l'attention divisée et de l'attention soutenue. Un sévère ralentissement de la dénomination et de la lecture continue avait été également relevé ainsi qu'une altération de l'écoute dichotique en défaveur de l'oreille droite. Par le biais du questionnaire, les expertes avaient documenté une symptomatologie post-traumatique sévère avec de possibles signes de la lignée anxio-dépressive. Selon la table 8 de la SUVA, on se situait entre une atteinte modérée (20%) et une atteinte modérée à moyenne (35%).

À teneur d'un rapport annexé daté du 18 octobre 2017, les expertes indiquaient avoir reçu l'expertisée à deux reprises et que leur rapport, limité à la situation

neuropsychologique, était également fondé sur le dossier de l'assurée. Le rapport contient une anamnèse sociale et familiale et rappelle les faits et les résultats des examens antérieurs et de celui auquel les expertes avaient procédé.

Ce qui était frappant, c'était l'évolution depuis les examens antérieurs avec une aggravation des déficits de la mémoire à court terme et de la mémoire de travail, ainsi que des troubles attentionnels et l'apparition d'une dysfonction exécutive depuis l'examen effectué en juin 2013. À noter qu'une péjoration des performances était déjà décrite entre les évaluations de 2011 et 2013. La péjoration du tableau neuropsychologique pouvait être liée à plusieurs facteurs. Une pathologie autre que l'accident du 2 octobre 2011 pourrait être impliquée. Pour cette raison, les expertes recommandaient de procéder à des examens complémentaires ainsi qu'à un complément de status neurologique.

Les troubles de la lignée anxio-dépressive ainsi que le syndrome douloureux pouvaient impacter les performances cognitives. Il était actuellement difficile d'établir quelle était leur influence.

Les expertes ne pouvaient pas entièrement exclure l'influence des troubles de l'humeur et du syndrome douloureux sur le fonctionnement cognitif étant donné certaines caractéristiques de l'examen. Elles avaient observé un score dit invalide à une épreuve de validité des symptômes, un empan visio-spatial très faible pour le niveau de fonctionnement de l'assurée et une inconstance des temps de réaction à un test de réponse attentionnelle simple.

Dans l'ensemble, la sévérité des troubles telle qu'elle se présentait à l'examen semblait à première vue peu concluante avec le fait que l'expertisée poursuivait avec succès des études. Néanmoins, dans ce contexte, il fallait tenir compte de la personnalité de celle-ci, qui mettait une grande importance sur la réussite de sa formation et mettait tout en œuvre pour y arriver. Les troubles constatés constituaient une atteinte partielle à l'intégrité.

19. Le 21 mars 2019, le Dr E_____ et le docteur P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en neurologie, médecins d'arrondissement de la SUVA, ont considéré, qu'au vu de l'analyse neuroradiologique du Dr L_____, aucune lésion cérébrale morphologique post-traumatique accidentelle aiguë ou résiduelle ne pouvait être retenue.

    L'analyse de la Prof. K_____ et Mme J_____ était claire et motivée et elle se fondait sur la prise en compte du dossier complet, d'une anamnèse personnelle de l'assurée et d'un examen approfondi, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu de s'en écarter. La co-expertise neuropsychologique confirmait la position initiale de la SUVA. Le Prof. H_____ et la Dresse I_____, qui étaient des spécialistes en neurologie, étaient également responsables de la rédaction du rapport général de l'expertise, qui intégrait l'ensemble des spécialités. Suivant la logique des expertises pour l'assurance-invalidité, ils avaient d'abord classé les diagnostics selon leur influence sur la capacité de travail et discuté ensuite le lien de causalité.

C'était l'inverse de ce qu'on attendait d'une expertise dans le cadre de la LAA, ce qui rendait leur argumentation inutilement compliquée. Les céphalées persistantes attribuées au traumatisme crânien et l'hypoesthésie dans le territoire du nerf génito-fémoral n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. En l'absence d'un substrat organique au niveau cérébral, les experts en neurologie avaient du mal à expliquer la sévérité et, a fortiori, la progression du déficit neuropsychologique présenté par l'assurée. Citant une par une les incohérences présentées par l'assurée à l'examen neuropsychologique (score invalide lors d'une épreuve de validité de symptômes, empan visuo-spatial très faible pour son niveau de fonctionnement, inconstance des temps de réaction à un test de réponse attentionnelle simple), ils finissaient par élaborer l'hypothèse de l'influence des troubles de l'humeur et du syndrome douloureux, voire l'hypothèse abracadabrante d'un mécanisme inconscient de l'assurée pour se préparer une « porte de sortie » en cas d'échec professionnel, laissant le lecteur perplexe quant à la causalité du tableau neuropsychologique (possible ? probable ? au degré de vraisemblance prépondérante ?).

En ce qui concernait les conclusions du Prof. H_____ et de la Dresse I_____, force était de constater que les diagnostics qu'ils avaient retenus ne relevaient pas du domaine de la neurologie. Par conséquent, leurs explications concernant la capacité de travail manquaient de pertinence. Leurs explications au sujet de la capacité de travail étaient attaquables au même titre. Quant à l'atteinte à l'intégrité, leur manque de maîtrise des notions médico-assécurologiques essentielles était manifeste. Avec un lien de causalité indéterminé entre l'accident et les troubles neuropsychologiques, une atteinte à l'intégrité ne pouvait pas être retenue. De plus, le taux d'IPAI de 20 à 35 % pour les troubles neuropsychologiques n'étaient pas étayés par le rapport neuropsychologique de la Prof. K_____ et de sa collaboratrice. En conclusion, en majeure partie solide sur le plan des constatations cliniques, l'expertise pluridisciplinaire faisait défaut sur le plan de la synthèse et des conclusions médico-assécurologiques. Il relevait de l'application du droit de déterminer si le rapport d'expertise était complet et concluant. En conséquence, des éléments objectivement vérifiables, de nature médicale ou assécurologique commandaient de se départir des conclusions de l'expertise du 21 janvier 2018 en ce qui concernait la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité.

20. Le 30 avril 2019, la SUVA a informé l'assurée que de l'avis unanime des médecins ayant procédé à l'évaluation de l'expertise des médecins du CHUV, celle-ci ne pouvait se voir conférer de valeur probante. Elle avait ainsi requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Une fois l'expert choisi et les questions libellées, un courrier lui octroyant l'opportunité de prendre position à leurs propos lui serait adressé.

21. Le 7 mai 2019, l'assurée a fait part de son étonnement quant à la décision de la SUVA de procéder à une nouvelle expertise. Un tel procédé était contraire à la

jurisprudence en matière d'instruction d'un dossier médical et ne pouvait être admis.

Le 9 mai 2019, la SUVA a répondu qu'elle ne procédait pas à une manœuvre dilatoire. Elle pouvait faire examiner la valeur probante d'une expertise par ses médecins-conseils, sans contrevenir à la loi. En présence d'une expertise indépendante mise en œuvre par l'assureur-accidents, il n'y avait pas lieu de s'écarter de ce moyen de preuve, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permettait de douter de son bien-fondé. Or, en l'espèce, à l'aune des appréciations des Drs Q_____, R_____ et E_____, de tels indices commandaient de s'en départir et, par conséquent, de mettre en œuvre une nouvelle expertise. L'intimée confirmait sa volonté de mettre en œuvre une seconde expertise.

22. Le 22 mai 2019, l'assurée a demandé la prise d'une décision formelle.

23. Par décision incidente du 23 mai 2019, la SUVA a persisté dans son intention de diligenter une seconde expertise.

24. Par recours du 24 juin 2019, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision précitée.

25. Par arrêt du 29 janvier 2020, la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision rendue par l'intimée le 23 mai 2019 et renvoyé la cause à l'intimée pour qu'elle complète l'expertise et tente, autant que cela était possible, de rendre sa décision sans procéder à une nouvelle expertise. La chambre a motivé son arrêt de la façon suivante : « En l'espèce, l'expertise pluridisciplinaire répond de manière générale aux réquisits pour se voir reconnaître force probante. L'intimée a retenu que tel n'était pas le cas sur la base des critiques émises à son encontre par ses médecins d'arrondissement dans leurs appréciations du 21 mars 2019. Elle a fait valoir dans sa réponse que l'expertise contenait une contradiction, dès lors que le Prof. H_____ et la Dresse I_____, coauteurs de l'expertise interdisciplinaire, n'avaient retenu aucune atteinte à la santé d'ordre neuropsychologique en rapport de causalité avec l'accident, mais qu'ils avaient tenu compte d'une telle atteinte dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité. Il faut admettre qu'il y a là une contradiction. Cela étant, la valeur probante de l'expertise doit s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels. Il arrive que les experts tirent des conclusions erronées du fait d'une mauvaise appréciation de ces critères, ce qui est le cas en l'espèce. Le Prof. H_____ et la Dresse I_____ ont en effet retenu que les troubles neuropsychologiques de l'expertise n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, car ils n'en étaient pas la conséquence directe, mais seulement indirecte, dès lors que ces troubles s'expliquaient par les douleurs ou les troubles psychiatriques liés au traumatisme ou par un possible manque de recrutement de toutes les facultés intellectuelles dans ce contexte de symptômes post-traumatiques multiples. Selon la jurisprudence, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la

condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). L'erreur des experts relève ainsi de l'analyse juridique du cas et ne remet pas en cause la validité globale de leur expertise, sur le plan médical. Cette erreur est susceptible d'être réparée par un complément d'expertise, après avoir rappelé aux experts les critères posés par la jurisprudence sur le lien de causalité.

L'intimée a encore fait valoir que s'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, il n'était fait aucune référence à l'annexe 3 OLAA, ni aux tables de la division médicale de la SUVA, contrairement à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Cette critique n'apparaît pas entièrement fondée, dès lors que le rapport établi le 20 octobre 2017 par les Drs O_____ et N_____ fait mention des tables de la SUVA, de même que le courrier adressé le 18 octobre 2017 par Mme J_____ et la Prof. K_____ au Dr H_____, qui aborde la question de l'atteinte à l'intégrité de l'expertisée sur le plan neuropsychologique. En revanche, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité sur le plan psychiatrique, le taux retenu par le Dr H_____ n'apparaît pas fondé sur le rapport du Dr M_____, qui n'abordait pas cette problématique. Un complément d'expertise aurait également pu être requis sur ce point.

Les Drs E_____ et P_____ ont relevé, le 21 mars 2019, que les diagnostics retenus par les Drs H_____ et I_____ ne relevaient pas du domaine de la neurologie et que, par conséquent, leurs explications concernant la capacité de travail manquaient de pertinence. Leurs explications au sujet de la capacité de travail étaient attaquables au même titre.

Cette critique est infondée, dès lors que le Dr H_____ avait été désigné comme expert « principal » de sorte que son rapport du 21 janvier 2018 contient une analyse neurologique du cas et les conclusions communes des experts de chaque spécialité.

L'appréciation différente du cas par les Drs E_____ et P_____ ne suffit pas à dénier toute valeur probante à l'expertise de la PMU (recte CHUV), dès lors que leur rapport ne répond pas aux réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

Contrairement à ce qu'ont retenu les Drs Q_____ et R_____, le rapport d'expertise pluridisciplinaire n'apparaît pas succinct, mais en revanche complet, et le fait que ce rapport ne précise pas certains éléments comme la taille et le poids de la recourante ne suffit pas à le remettre sérieusement en cause. Contrairement à ce que ces médecins ont allégués, l'expertise contient une évaluation neurologique qui a été faite par les Drs H_____ et I_____.

Vu le temps écoulé depuis le dépôt du recours, la complexité d'une expertise pluridisciplinaire, la bonne qualité générale de l'expertise de la PMU (recte CHUV) et les critiques formulées contre celle-ci, l'intimée aurait dû, avant de décider de procéder à une nouvelle expertise, confronter les experts à ses critiques afin de leur permettre de s'exprimer à ce sujet. Cela aurait éventuellement pu lui permettre de rendre sa décision, sans avoir à procéder à une nouvelle expertise, qui allongerait

encore la procédure qui n'a déjà que trop duré. Les critiques formulées contre le rapport d'expertise n'apparaissent pas si graves qu'elles lui ôtent toute valeur probante.

26. Le 14 février 2020, la SUVA a transmis à l'assurée huit questions complémentaires qu'elle entendait soumettre aux experts, suite à leur rapport d'expertise du 21 janvier 2018.

27. Le 16 mars 2020, l'assurée a estimé que la SUVA n'avait pas tenu compte des commentaires et prescriptions formulés par la chambre des assurances sociales dans son arrêt du 29 janvier 2020, faisant preuve d'une mauvaise foi récurrente. Elle proposait la reformulation de quatre questions et la suppression de deux questions.

28. Par courriel du 6 avril 2020, la SUVA a transmis à l'assurée la version corrigée de ses questions. Elle avait admis les propositions de la recourante portant sur les questions 1a et 1b, proposait un ajout à la question 3, refusait la suggestion de la recourante pour la question 4, maintenait ses questions 5 et 7 dont la recourante avait demandé la suppression et reformulait la question 8.

29. Par courriel du 21 avril 2020, la recourante a remercié l'intimée pour les corrections des questions relatives à l'expertise complémentaire déjà effectuées, en lui faisant de nouvelles propositions de modification ou de suppression de certaines questions.

30. Le 22 avril 2020, l'intimée a adressé un courriel à l'assurée prenant note du fait qu'un accord avait été trouvé concernant les questions 1, 2, 3, 5, 6 et 8 et justifiant la nécessité des questions 4 et 7.

31. Le 28 avril 2020, l'assurée a persisté dans sa position. L'expert n'avait pas pour mission de traduire des données médicales sur un plan juridique. La chambre des assurances sociales avait déjà jugé que l'expertise pluridisciplinaire de la PMU (recte CHUV) répondait de manière générale aux réquisits pour se voir reconnaître force probante. Elle avait renvoyé la cause à l'intimée pour un complément d'expertise dans le sens des considérants. Il n'y avait pas lieu de revenir sur les points qui avaient été définitivement jugés par la chambre des assurances sociales dans le complément d'expertise. Malgré cela, le questionnaire complémentaire de l'intimée mélangeait des questions de fait, médicales, et des constatations de droit, qui n'étaient pas du ressort de l'expert, tentant d'orienter de manière insoutenable ces derniers. Ce questionnaire allait de surcroît largement au-delà du champ de complément d'expertise délimité par la chambre des assurances sociales, dans le but de revenir sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, qui manifestement ne convenait pas à l'intimée. L'assurée invitait cette dernière à revoir intégralement les questions à poser aux experts.

32. Par décision incidente du 12 mai 2020, l'intimée a informé l'assurée qu'elle ne pouvait donner une suite favorable à son courrier du 28 avril 2020. Contrairement à ce que cette dernière soutenait, l'arrêt du 29 janvier 2020 n'avait pour objet que l'examen de la valeur probante du rapport d'expertise interdisciplinaire du 21 janvier 2018 et ses annexes. Il ne pouvait donc limiter l'étendue du complément

d'expertise, ceci d'autant plus que tous les griefs soulevés par la SUVA n'avaient pas été examinés par la chambre. Dans le cadre des questions complémentaires, il avait toutefois été tenu compte des éléments retenus par la chambre.

En ce qui concernait les griefs selon lesquelles certaines questions se rapporteraient à des considérations juridiques et que la question 4 serait orientée, ils étaient vivement contestés. En effet, à la lecture du rapport d'expertise et de ses annexes, des lacunes étaient apparues quant aux diagnostics retenus en lien avec l'accident du 2 octobre 2011, la répercussion de ceux-ci sur la capacité de travail de l'assurée et l'importance de son atteinte à l'intégrité. Si ces questions se rapportaient certes à des notions de causalité, de baisse de rendement dans une activité adaptée et encore d'atteinte à l'intégrité, il s'agissait là de notions assécurologiques qu'un expert devait maîtriser. Les experts n'étaient ainsi pas amenés à se déterminer quant au volet juridique de cette cause, mais à étayer leurs données médicales qui, en l'état, apparaissaient lacunaires. Au surplus, dès lors qu'il était demandé à l'expert psychiatre de confirmer ou infirmer la baisse de rendement retenue au regard de l'appréciation divergente et non discutée du médecin-conseil de la SUVA, mais aussi de confronter son appréciation aux faits (réussite de ses études par l'assurée, suivi psychiatrique une fois par semaine, médication réserve), la question 4 n'était pas orientée. Enfin, le fait que l'assurée avait terminé avec succès ses études de droit postérieurement à l'accident du 2 octobre 2011 n'était pas une considération juridique, mais un élément factuel déterminant pour juger des diagnostics neuropsychologiques et psychiatriques retenus ainsi que de leur importance quant à la capacité travail de l'assurée et à son atteinte à l'intégrité. Aussi, la SUVA entendait demander aux experts de se déterminer sur les points suivants :

« Aux plans neurologique, neuropsychologique et psychiatrique :

1) 1a. Compte tenu de l'absence de séquelle organique au niveau cérébral mise en évidence par les IRM des 11 mai 2012 et 24 janvier 2013, de l'évolution, respectivement l'aggravation des troubles neuropsychologiques entre 2011 et 2013, mais aussi depuis 2013, l'une ou plusieurs des hypothèses formulées par la Prof. K_____ et Mme J_____ dans leur rapport d'expertise du 18 octobre 2017 atteignent-elles un degré de vraisemblance prépondérante (plus de 50%) ?

   1b. Il est relevé qu'à teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral, rappelée par la chambre des assurances sociales dans son arrêt du 29 janvier 2020 tranchant du cas d'espèce (ATAS/62/2020 du 29 janvier 2002 (recte 2020), consid. 10 let. c), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition

sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

Au vu de ces rappels juridiques, les troubles neurologiques observés sont-ils en lien de causalité avec l'accident du 2 octobre 2011 avec un degré de vraisemblance prépondérante (plus de 50%) ?

2) Compte tenu de la réponse à la question 1, soit au regard des troubles neuropsychologiques en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 2 octobre 2011, confirmez-vous la diminution de rendement de 20 à 30% dans l'activité de juriste ? Si oui, prière de définir précisément la diminution de rendement.

3) Dans le courrier accompagnant l'expertise neuropsychologique du 18 octobre 2017, la Prof. K_____ et Mme J_____ retiennent une atteinte à l'intégrité entre 20 et 35% en se fondant sur la table n° 8.

   En préambule à cette table, il est expliqué que lors de l'évaluation de la gravité selon le ch. 4 de la table, seuls sont pris en compte les troubles dont l'origine est une lésion cérébrale organique vérifiée qui elle-même est la source de troubles durables. La table n'est pas utilisable si les troubles ne sont pas en rapport de liaison certaine avec une lésion cérébrale organique (par exemple troubles psychogènes ou algiques, troubles induits par des effets secondaires indésirables de médicaments, troubles résultant de situations de stress issues du milieu social ou d'une situation de conflit avec l'assurance).

   Or, en l'espèce, les IRM cérébrales n'ont pas permis de retenir de lésion organique. Telle est notamment la conclusion de l'expert neuroradiologue (rapport d'expertise du 23 octobre 2017, pp. 2 et 3).

   À la lumière de ce qui précède, confirmez-vous l'atteinte à l'intégrité évaluée entre 20 et 35% ? Si oui, prière de déterminer précisément sur quelle base et le taux en question.

4) L'expert psychiatre a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte induisant une baisse de rendement de 20 à 30%. Il ne discute toutefois pas l'appréciation divergente du Dr F_____ (rapport du 26 février 2014, pièce 273), ni l'existence et l'importance de la baisse de rendement au regard de la réussite de ses études par l'assurée ou encore l'absence de prise de médication antidépresseur (pièce 397), respectivement de la prescription ponctuelle de Temesta 1 mg en réserve.

À l'aune de ces remarques et documents, l'expert psychiatre confirme-t-il le trouble anxieux et dépressif mixte et la baisse de rendement de 20 à30% dans toute activité manuelle ou intellectuelle en relation de causalité naturelle partielle, au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%), avec l'accident du 2 octobre 2011 ?

5) À la lumière de ce qui précède, la diminution de rendement en raison des seuls troubles psychiques est-elle confirmée ? Si oui, prière de déterminer précisément le taux de la baisse de rendement.

6) L'expert psychiatre ne discute pas du taux de l'atteinte à l'intégrité dans son rapport du 28 novembre 2017. Pourtant, les Drs H_____ et I_____ retiennent un taux de 20 à 30% dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 21 janvier 2018. Compte tenu de la réponse à la question n°4, de la table n°19 de la division de médecine des assurances de la SUVA, mais aussi de l'importance du suivi psychiatrique et de la médication prescrite (pièce 482), ce taux est-il confirmé ? Si oui, prière de déterminer précisément le taux en question.

Au plan orthopédique :

7) Dans le cadre de leur examen du rapport d'expertise orthopédique du 20 octobre 2017, les Drs Q_____ et R_____ doutent de la validité de l'examen clinique en l'absence d'examen du rachis lombaire (alors même que des douleurs rachidiennes sont évoquées) ainsi que des autres articulations des membres inférieurs, de description de signes d'épargne et en présence d'autolimitation de la patiente avec une défense, sans aucune allusion à d'éventuels phénomènes évocateurs d'une composante non organiques.

   Comment l'expert orthopédique se détermine-t-il à ce sujet ?

8) Les Drs Q_____ et R_____ poursuivent en indiquant qu'en ce qui concerne le bilan radiologique, il est surtout fait état d'une absence de signes d'arthrose coxo-fémorale et ceci tant à gauche qu'à droite et illustre tout particulièrement une absence de progression d'éventuelles lésions dégénératives jusqu'à présent. Il n'est donc globalement pas possible d'identifier des critères objectifs justifiant une estimation d'un taux d'atteinte à l'intégrité située à 30 %. Rappelons qu'en cas d'arthrose, selon la table n° 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, ceci représente le maximum qui peut être octroyé pour une arthrose moyenne, en tenant compte du fait que même une arthrose grave ne justifie pas une IPAI supérieure à 40 %. Considérant ces points, le taux d'IPAI reste contestable et difficilement justifiable. Une fracture du cotyle non ou très peu déplacé, traitée conservativement, représente certains facteurs de risque parmi d'autres par rapport au développement d'une coxarthrose. L'arthrose grave débouchant sur une endoprothèse ne représente pas une issue inéluctable dans ce contexte comme en atteste la littérature. À ce sujet, nous retiendrons également l'absence de toute évolution radiologique ainsi qu'en attestent les dernières radiographies d'octobre 2017.

Comment l'expert orthopédique se détermine-t-il à ce sujet ? En particulier, l'atteinte à l'intégrité évaluée à 30% est-elle confirmée, étant rappelé que la limitation du périmètre de marche n'est pas un facteur à prendre en considération (cf. réponse à la question 9 du rapport d'expertise interdisciplinaire du 21 janvier 2018) ?

33. L'assurée a formé recours contre la décision incidente de la SUVA le 12 mai 2020. Elle était profondément affligée par la gestion du dossier de l'intimée au fil des années. Cette dernière cherchait manifestement à se soustraire à l'obligation de lui allouer ses prestations. Le questionnaire complémentaire que l'intimée entendait soumettre aux experts mélangeait opportunément des questions de fait, des questions médicales et des constatations de droit qui n'étaient pas du ressort des experts, tentant d'orienter ainsi de manière insoutenable ces derniers. Ce questionnaire allait largement au-delà du champ du complément d'expertise délimité par l'arrêt de la chambre des assurances sociales. L'intimée persistait dans sa position en refusant obstinément de prendre en compte ses remarques.

    S'agissant des questions 1a et 1b, la recourante relevait que l'intimée avait pris en compte finalement les remarques qu'elle avait faites en reformulant sa question 1b, conformément à l'arrêt de la chambre des assurances sociales. Cela étant, seule la question 1b, précédée des développements jurisprudentiels permettant aux experts de se déterminer en toute connaissance de cause, devait être maintenue. La question 1a introduisait une confusion inutile et était redondante avec la question 1b. Seule était déterminante pour l'issue du litige, la question de savoir si les troubles neurologiques observés étaient ou non en lien de causalité avec l'accident du 2 octobre 2011, au degré de la vraisemblance prépondérante.

    La question 2 pouvait être maintenue telle quelle.

    S'agissant de la question 3, elle avait trait à l'atteinte à l'intégrité sur le plan neuropsychologique et devait être supprimée. Il découlait effectivement des considérants de l'arrêt de la chambre des assurances sociales que les experts s'étaient d'ores et déjà déterminés de manière complète sur cette question, au vu des tables pertinentes de la SUVA. Il n'y avait dès lors pas lieu de revenir sur la question de l'atteinte à l'intégrité sur le plan neuropsychologique, de même que sur le plan orthopédique. Seul le plan psychiatrique était sujet à un éventuel complément d'expertise.

    S'agissant de la question 4, elle devait être supprimée. Les juges de la chambre des assurances sociales avaient rejeté la critique de l'intimée à ce sujet, en soulignant que le rapport des Drs E_____ et P_____ ne répondait pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. De surcroît, la question de la poursuite ou non des études par la recourante n'était pas une question médicale du ressort d'un expert. En tout état, un expert ne pouvait fournir d'éléments de réponse sans avoir expertisé l'assurée avant et après l'accident, s'agissant de ses capacités

scolaires, ce qui n'était à l'évidence pas envisageable. Il n'y avait donc pas lieu de revenir à nouveau sur cette problématique par la voie d'un complément d'expertise.

La question 5, en tant qu'elle était un sous-développement de la question 4, devait être supprimée.

La question 6, qui s'inscrivait dans le champ du complément d'expertise en vertu de l'arrêt de la chambre des assurances sociales, devait être formulée comme suit :

« L'expert psychiatre ne discute pas du taux de l'atteinte à l'intégrité dans son rapport du 28 novembre 2017. Pourtant, les Drs H_____ et I_____ retiennent un taux de 20 à 30% dans leur rapport d'expertise du 21 janvier 2018. Partant, ce taux est-il confirmé ? Si oui, prière de déterminer précisément le taux en question ».

En effet, la référence à la question 4 et ses développements n'avaient pas lieu d'être, dès lors que la recourante concluait à la suppression de cette dernière.

S'agissant de la question 7, qui avait trait au volet orthopédique, elle excédait le champ du complément d'expertise délimité par les considérants de l'arrêt de la chambre des assurances sociales et n'avait pas lieu d'être. En effet, les juges avaient retenu que, contrairement à ce qu'avaient retenu les Drs Q_____ et R_____, le rapport d'expertise n'apparaissait pas succinct, mais complet, et que le fait qu'il ne précisait pas certains éléments comme la taille et le poids de la recourante ne suffisait pas à le remettre sérieusement en cause. En conséquence, la question 7 devait être supprimée.

La question 8 excédait également le champ du complément d'expertise. Sa formulation s'apparentait davantage à une discussion juridique qu'à une décision médicale du ressort d'un expert. Elle devait ainsi être supprimée.

34. Par réponse du 28 juillet 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle renvoyait à la motivation développée dans sa décision pour éviter d'inutiles répétitions et ajoutait, s'agissant de la question 1a, qu'elle avait été formulée dans le but d'éclaircir l'état de santé de l'assurée au plan neuropsychologique, dans la mesure où les résultats aux tests réalisés par la Prof. K_____ et Mme J_____ demeuraient incompatibles avec les études réalisées par la recourante. En effet, les expertes avaient retenu que certains éléments (score invalide à une épreuve de validité de symptômes, empan visuo-spatial très faible, inconstance des temps de réaction simples) laissaient penser que les performances sus-décrites ne reflétaient très probablement pas les capacités cognitives réelles de l'assurée et que l'influence des troubles de l'humeur et du syndrome douloureux ne pouvait pas être exclue dans ce contexte. Néanmoins, sur la base des résultats des tests neuropsychologiques, eux-mêmes décriés par les expertes, et en présence de seules hypothèses, celles-ci avaient retenu de nombreux troubles neuropsychologiques. Sur cette base, sans retenir d'incapacité de travail ni de baisse de rendement, même partielle, elles avaient estimé l'atteinte à l'intégrité en de 20 à 35%, en application de la table n° 8. Dans ce contexte, il était évident que des doutes se posaient quant à la responsabilité de l'intimée relativement aux troubles neuropsychologiques de la

recourante, dans la mesure où elle ne saurait être amenée à allouer des prestations en présence d'atteintes sans substrat organique retenu au terme d'examens peu, voire pas, concluants et sur la base de seules hypothèses. Il paraissait évident qu'il fallait demander aux expertes de se prononcer une nouvelle fois sur les troubles neuropsychologiques de la recourante en lien de causalité, au degré de vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 2 octobre 2011. Cette question devait ainsi être maintenue.

S'agissant de la question 3, il n'était pas contesté que l'atteinte à l'intégrité avait bien été estimée entre 20 et 35%. Toutefois, il semblait que cette appréciation ne tenait pas compte du fait qu'aucune lésion cérébrale n'avait été objectivée, contrairement à ce que commandait la table en question. De plus, l'appréciation réalisée était extrêmement large, dès lors qu'elle laissait à l'administration l'obligation de déterminer le taux exact de l'atteinte. Or, il revenait bien au médecin d'effectuer cette estimation. Aussi, la question 3 devait être confirmée.

Les questions 4 et 5 méritaient d'être maintenues. Elles n'étaient pas orientées. Elles se justifiaient en raison de l'appréciation divergente du Dr F_____ et de la réussite de ses études universitaires par la recourante. De plus, l'estimation réalisée commandait également à l'administration de déterminer précisément le taux de la baisse de rendement au seul plan psychiatrique, ce qui était le rôle de l'expert.

La question 6 ne prêtait pas le flanc à la critique. La référence à la table n° 19 demeurait de premier ordre, dès lors qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique n'avait pas été retenue par le Dr M_____, mais uniquement par le Prof. H_____ et le Dr I_____. De plus, le taux maximum retenu ne correspondait à aucun des taux décrits dans la table en cause. Il était donc manifeste que ce taux de 20 à 30% correspondait en réalité à celui de la baisse de rendement, qui ne pouvait en aucun cas se confondre avec celui de l'atteinte à l'intégrité. Quant aux éléments du suivi psychiatrique et de la médication, ils étaient eux aussi parfaitement pertinents pour juger de l'importance du trouble en question. Cette question devait donc être maintenue.

S'agissant de la question 7, la chambre de céans pourrait se rendre compte que les critiques émises dans le cadre de son arrêt du 29 janvier 2020 avaient été intégrées. En effet, la détermination demandée à l'expert orthopédique ne contenait plus de remarques relativement au caractère succinct de son rapport du 21 janvier 2018, à l'absence de mesure de la taille et du poids lors de l'examen clinique ou encore à l'absence d'évaluation neurologique. Il lui avait uniquement été demandé de se déterminer quant à l'absence d'examen clinique du rachis lombaire, alors même que des douleurs rachidiennes étaient évoquées, ainsi que des autres articulations des membres inférieurs, de descriptions de signes d'épargne, et en présence d'autolimitation de l'assurée avec une défense, sans aucune allusion à d'éventuels phénomènes évocateurs d'une composante non organique. Ces éléments n'ayant pas été traités par le tribunal, respectivement leur pertinence n'ayant pas été écartée, la question 7 devait être confirmée.

En ce qui concernait la question 8, elle devait également être confirmée. L'atteinte à l'intégrité, estimée à 30% en se fondant sur la limitation du périmètre de marche, tenait manifestement compte d'un facteur qui n'avait pas à être retenu dans ce cadre (cf. table n°5). Si, conformément à ce que le tribunal avait retenu, le rapport établi le 20 octobre 2017 par les Drs O_____ et N_____ faisait mention de la table de la SUVA, il n'indiquait pas la table à appliquer. S'agissant du taux retenu, il apparaissait manifestement en discordance avec les éléments objectivables à ce stade. Quant aux risques d'aggravation prévisible, comme le soulignaient les Drs Q_____ et R_____, en l'absence de signes avérés de coxarthrose à 8 ans de distance de l'événement, cette prédiction apparaissait difficilement justifiable sans autre explication. La question 8 devait donc elle aussi être maintenue.

35. Dans leur réplique et duplique, les parties ont, en substance, maintenu leurs conclusions.

36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020.

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront ainsi citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le bien-fondé des questions complémentaires que l'intimée entend poser aux experts du CHUV.

6. L'art. 43 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). 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 (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

   Cette disposition a pour but de déterminer l'ampleur des investigations nécessaires afin d'établir l'état de fait déterminant au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ce contexte, la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise résulte de la réponse à la question de savoir si les expertises déjà versées au dossier satisfont aux exigences que doivent revêtir de tels rapports en matière de contenu et de valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

   Le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (*second opinion*) sur les faits déjà établis par une expertise lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1).

   Selon le Tribunal fédéral, la mise en œuvre d'une deuxième expertise qui n'est pas indispensable peut relever d'un retard injustifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2009 du 22 avril 2010 consid. 3.3.).

7. 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.

   Lorsqu'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée par l'assureur, celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 PA. Il s'agit 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. arrêt du Tribunal fédéral des assurances

P 29/03 du 25 novembre 2004) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA).

Dans l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres), afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101], art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH − RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la personne assurée 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 seconde 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; ATF 138 V 271 consid. 1.1). 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, en gardant 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).

En ce qui concerne le droit des parties de se prononcer sur les questions à soumettre à l'expert, la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de droits constitutionnels a déduit du droit d'être entendu le droit d'obtenir une décision motivée à ce sujet. L'autorité doit donc prendre position sur les questions décisives (ATF 137 II 266 consid. 3.2 p. 270 ; 136 I 229 consid. 5.2 p. 236 ; 134 I 83 consid. 4.1 p. 88 et les arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral 2D_2/2012 du 19 avril 2012 consid. 3.1 ; 2C_455/2011 du 5 avril 2012 consid 4.3 ; 2D_36/2011 du 15 novembre 2011 consid. 2.1 ; 1C_424/2009 du 6 septembre 2010 consid. 2 ; T. TANQUEREL, Manuel de droit administratif, Genève-Zurich-Bâle 2011, p. 521 n. 1573). Cela implique que l'assureur doit également tenir compte des remarques des parties et ne peut écarter leurs conclusions sans motif valable. Dans la mesure où la mission de l'expert doit faire l'objet d'une décision incidente en cas de désaccord, elle peut ensuite être contrôlée par l'instance de recours.

8. En l'espèce, dans son arrêt du 29 janvier 2020, la chambre de céans ne s'est pas prononcée de manière définitive sur la valeur probante de l'expertise du 21 janvier 2018. Elle a seulement constaté que celle-ci avait une bonne qualité générale et que les critiques formulées contre elle n'apparaissaient pas si graves qu'elles lui ôtaient

toute valeur probante. Au vu du temps écoulé et de la complexité d'une expertise pluridisciplinaire, la chambre de céans estimait que l'intimée aurait dû, avant de décider de procéder à une nouvelle expertise, confronter les experts à ses critiques afin de leur permettre de s'exprimer à ce sujet, ce qui pouvait « éventuellement » lui permettre de rendre sa décision, sans avoir à procéder à une nouvelle expertise, qui allongerait encore la procédure, qui n'avait déjà que trop duré.

Ce faisant, la chambre de céans a admis que le rapport d'expertise n'était pas exempt de critiques et n'a pas exclu que l'intimée puisse même, au final, si le complément d'expertise ne lui paraissait pas concluant, ordonner une nouvelle expertise. Ainsi l'intimée n'avait pas d'autres instructions que d'interpeller les experts sur ses critiques contre leurs rapports avant de décider de la nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise. Il faut rappeler à cet égard que selon l'art. 43 LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Il jouit ainsi d'une large marge de manœuvre, sous réserve du fait qu'il doit autant que possible, dans la mise en œuvre de ses mesures d'instruction (art. 44 LPGA et la jurisprudence précitée), s'efforcer de parvenir à un consensus avec l'assuré sur l'expertise et que ce n'est qu'en cas d'échec, qu'il doit l'ordonner par une décision formelle sujette à recours. L'assureur peut ainsi s'éloigner des demandes formulées par la personne assurée pour des motifs fondés.

En l'espèce, l'intimée a manifestement cherché à trouver un accord avec la recourante en tenant compte de ses remarques. Elle n'avait pas à se laisser dicter ses questions complémentaires par la recourante. Il faut également relever qu'il est préférable d'avoir des éléments de fait en trop que manquants pour dire le droit.

9. Cela étant, il convient d'examiner si les questions complémentaires que l'intimée entend poser aux experts apparaissent bien fondées.

a. La recourante ne conteste pas le libellé de la question 1b. Elle estime en revanche que la question 1a introduit une confusion inutile et qu'elle est redondante avec la question 1b.

La chambre de céans constate que la question 1a tend à préciser l'origine de la péjoration des performances de la recourante constatée en 2011 et 2013 sur le plan neuropsychologique, ce qui se justifie pleinement et n'apparaît pas redondant par rapport à la question 1b, qui porte sur le lien de causalité entre les troubles neurologiques et l'accident du 2 octobre 2011. La chambre relève, à cet égard, qu'il serait opportun que les expertes se prononcent sur la base d'examens complémentaires, soit une IRM cérébrale de contrôle et un complément de status neurologique, afin d'exclure une cause organique évolutive non accidentelle sous-jacente, comme elles l'avaient suggéré dans leur rapport, de même que le Dr L_____ s'agissant de l'IRM.

b. La recourante ne conteste pas la question 2.

c. S'agissant de la question 3, elle apparaît cohérente avec les questions 1a et 1b. Dans son arrêt, la chambre avait admis que le rapport d'expertise contenait une contradiction, dès lors que le Prof. H_____ et la Dresse I_____ n'avaient retenu aucune atteinte à la santé d'ordre neuropsychologique en rapport de causalité avec l'accident, mais qu'ils avaient tenu compte d'une telle atteinte dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, précisant que cette erreur était susceptible d'être réparée par un complément d'expertise, après avoir rappelé aux experts les critères posés par la jurisprudence sur le lien de causalité. La question 3 est ainsi correctement rédigée dans ce sens et n'apparaît pas inutile. La chambre de céans estime toutefois qu'elle devrait être complétée avec l'insertion de la totalité du ch. 2 du préambule de la table 8, soit les deux derniers paragraphes selon lesquels :

« Les causes possibles de constatations neuropsychologiques et en particulier leur lien causal avec un accident doivent être évaluées de façon différenciée.

~~L'évaluation neuropsychologique tient compte de l'anamnèse récoltée auprès du patient ou de tiers (proches, employeur par exemple), des résultats du bilan neuropsychologique, de l'exploitation (psychodynamique) de l'observation du comportement et des données médicales ».~~ Voir ATAS/168/2021 *** Rectification d'une erreur matérielle le 03.03.2021/BRC/ran**

d. S'agissant de la question 4, il faut rappeler que, contrairement à ce que soutient la recourante, la chambre n'a pas rejeté totalement la critique de l'intimée sur les conclusions psychiatriques, en soulignant que le rapport des Drs E_____ et P_____ invoqués par l'intimée ne répondait pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dès lors, l'intimée était fondée à poser toute question utile sur le plan psychiatrique et à demander à l'expert psychiatre de motiver la baisse de rendement retenue au regard de l'avis divergeant du Dr F_____, ce qu'il n'avait pas fait et devait faire en principe. L'intimée pouvait également interpeler l'expert sur le fait que la recourante a pu poursuivre ses études, ce qui peut questionner. Cette dernière question apparaît légitime, car l'expert pourrait éventuellement expliquer, du point de vue médical, comment la recourante a pu poursuivre ses études avec une baisse de rendement de 20 à 30%.

e. Dès lors que la question 4 doit être maintenue, les questions 5 et 6 doivent l'être également.

f. S'agissant de la question 7, à nouveau la recourante se méprend sur la portée de l'arrêt de chambre de céans du 29 janvier 2020. L'intimée était fondée à interpeller les experts sur tous les points sur lesquels elle avait des doutes. La question 7 visant à faire préciser une conclusion dont l'intimée conteste le bien-fondé se justifie pleinement.

g. La question 8 n'excède pas non plus le champ du complément d'expertise. Les aspects juridiques rappelés par l'intimée dans la formulation de cette question sont directement utiles aux experts, qui doivent les prendre en compte dans leur appréciation et pour justifier leurs conclusions sur l'atteinte à l'intégrité sur le plan

orthopédique, voire les modifier si elles leur apparaissent finalement erronées au vu des remarques faites à ce sujet par les médecins de l'intimée.

10. Les questions complémentaires préparées par l'intimée apparaissent ainsi conformes à son devoir d'instruction et aux considérants de l'arrêt de la chambre de céans du 12 mai 2020.

11. Infondé, le recours sera rejeté.

12. La procédure est gratuite (art. 61 let. a aLPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le