RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2486/2021 **ATAS/593/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THOIRY, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marcel BERSIER	recourante

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, a travaillé comme infirmière auprès de la maison de retraite B_____. À ce titre, elle était assurée, en 2015, par la Zürich compagnie d'assurances (ci-après : la Zürich) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 23 juillet 2015, l'assurée a été victime d'un accident lors d'une randonnée en Corse. Elle s'est tordu la cheville gauche en descendant du lac Nino. L'événement a été annoncé par l'employeur à la Zürich, selon déclaration d'accident du 21 août 2015.

c. Les premiers soins ont été donnés par le centre hospitalier de Calvi-Balagno. Le médecin a prescrit un aircast, des cannes anglaises et du paracetamol. À la demande de la doctoresse D_____, médecin traitant, une IRM de la cheville a été effectuée à l'Hôpital de la Tour le 4 août 2015. Elle a mis en évidence une tendinite des tendons du tibial postérieur et du long fléchisseur des orteils sur os naviculaire accessoire. Une incapacité de travail de 100 % a été attestée dès le 23 juillet 2015.

d. L'assurée a été examinée par le docteur E_____, du centre de chirurgie orthopédique de la Clinique Saint-Charles de Lyon. Dans son rapport à la Zürich du 31 août 2015, ce médecin a diagnostiqué une tendinite insertion du tibial postérieur sur naviculaire accessoire. Il a prescrit des semelles orthopédiques, des infiltrations et une chirurgie en fonction de l'évolution. L'incapacité de travail était de 100 % pour une durée de trois à quinze semaines, selon l'évolution. Le 16 septembre 2015, le Dr E_____ a certifié que l'état de santé de l'assurée nécessitait une intervention au niveau de son os naviculaire du pied gauche et que le temps de consolidation pour ce genre d'intervention était de six semaines à trois mois. L'assurée a été opérée le 1er octobre 2015 de l'os scaphoïde accessoire et d'un hallux valgus. L'incapacité de travail a été prolongée jusqu'au 3 janvier 2016 inclus.

e. La Zürich a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Par avis du 1er décembre 2015, le médecin-conseil a indiqué que, suite à l'intervention de l'os scaphoïde accessoire, huit semaines d'incapacité de travail étaient largement suffisantes. L'hallux valgus n'était pas en relation avec un traumatisme, mais avec un état maladif. Il n'y avait aucun argument dans les rapports médicaux pour justifier une prolongation de l'incapacité de travail et l'assurée pouvait reprendre le travail à 100 % dès le 5 décembre 2015.

f. Par décision du 11 janvier 2016, la Zürich a informé l'assurée que ses prestations pour l'incapacité de travail prenaient fin au 4 décembre 2015, mais que les frais de traitement en relation avec la lésion de l'os scaphoïde accessoire du pied gauche étaient pris en charge tant que la relation de causalité était établie. En revanche, la prise en charge pour l'affection hallux valgus était niée. La Zürich s'est référée à l'avis de son médecin-conseil et a considéré que l'incapacité de travail, dès le 5

décembre 2015, n'était plus en relation de causalité selon le degré de vraisemblance exigée par la loi (supérieur à 50 %).

g. Un deuxième accident s'est produit le 13 janvier 2016, qui a été annoncé à MUTUEL ASSURANCES, nouvel assureur de l'employeur, en date du 26 janvier 2016. L'employeur a indiqué qu'il s'agissait d'une « rechute » et que le cas avait déjà été annoncé antérieurement à la Zürich.

h. Par courrier du 28 janvier 2016, l'assurée s'est opposée à la décision de la Zürich du 11 janvier 2016, considérant que son problème n'était toujours pas résolu, bien qu'elle ait repris le travail le 4 janvier 2016. Elle se référait au rapport du Dr E_____ du 22 janvier 2016, aux termes duquel l'évolution n'avait pas été favorable puisqu'elle avait gardé des douleurs sur son tendon tibial postérieur, avec mise en place d'un traitement médical adapté associé à un traitement fonctionnel. Le Dr E_____ a indiqué que la patiente avait présenté un nouvel accident sur son lieu de travail, sur ce pied opéré, avec aggravation des douleurs de sa tendinite, ce qui a conduit à la réalisation d'une échographie confirmant la persistance de cette tendinite, associée à des microfissures. Un traitement médical devait être poursuivi. La patiente ne présentait aucun problème en rapport avec la pathologie d'hallux valgus. L'incapacité de travail était prolongée en raison du problème de tendinite du tibial postérieur.

i. Le 2 mai 2016, MUTUEL ASSURANCES a informé la Zürich que l'événement survenu le 13 janvier 2016 n'était ni un accident, ni une lésion assimilée à un accident. La Zürich lui a répondu le 25 mai 2016 que l'événement ne relevait pas de sa compétence.

j. Par décision du 25 mai 2016, la Zürich, après avoir entendu l'avis d'un deuxième médecin-conseil, a partiellement admis l'opposition de l'assurée, en ce sens que l'incapacité de travail était admise au-delà du 4 décembre 2015 et jusqu'au 3 janvier 2016. Quant à l'aggravation liée à l'événement du 13 janvier 2016, elle n'était pas à la charge de la Zürich, cette dernière n'étant plus l'assureur depuis le 1er janvier 2016.

k. Par décision du 22 juin 2016, MUTUEL ASSURANCES a refusé la prise en charge de l'événement de janvier 2016, au motif qu'il ne s'agissait ni d'un accident, ni d'une lésion assimilée à un accident.

l. Le 30 août 2016, suite à l'opposition de l'assurée indiquant qu'à deux reprises, elle avait été victime de chutes avec torsion de la cheville gauche, MUTUEL ASSURANCES a annulé sa décision et a informé l'assurée qu'elle prenait son cas en considération.

m. MUTUEL ASSURANCES a recueilli divers rapports médicaux, notamment du Dr E_____, ainsi que des comptes-rendus d'échographie du pied gauche.

n. L'assurée a été examinée par le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de

MUTUEL ASSURANCES. Sur la base des éléments assécurologiques, de l'anamnèse recueillie auprès de la patiente et de l'examen clinique du 28 septembre 2016, le Dr G_____ parvenait à la conclusion que l'événement du 13 janvier 2016, qui n'avait pas occasionné de lésion structurelle qui lui serait imputable, avait aggravé, de manière passagère, l'état antérieur déjà connu et démontré à l'imagerie. Dans ce contexte d'aggravation passagère d'un état antérieur, l'événement du 13 janvier 2016, qui n'avait pas aggravé structurellement les troubles du pied gauche, avait maintenant totalement cessé de déployer ses effets.

o. Dans un courrier du 28 octobre 2016 adressé à la Dresse D_____, le Dr E_____ a considéré que le nouveau traumatisme de janvier 2016 avait aggravé la tendinite de l'assurée.

p. Par décision du 2 décembre 2016, MUTUEL ASSURANCES a mis fin à la prise en charge des troubles au pied gauche au 28 septembre 2016, considérant que dès le 29 septembre 2016, les soins donnés n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'événement survenu le 13 janvier 2016.

q. Le 29 décembre 2016, l'assurée a formé opposition à la décision de MUTUEL ASSURANCES, alléguant qu'avant les accidents, elle n'avait jamais souffert du pied gauche et que le Dr E_____ avait bien fait la relation entre les lésions de la cheville gauche et les deux accidents.

r. Par décision du 8 février 2017, MUTUEL ASSURANCES a rejeté l'opposition de l'assurée.

B. **a.** Représentée par son mandataire, l'assurée a interjeté recours contre la décision de MUTUEL ASSURANCES du 8 février 2017, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en date du 10 mars 2017. La cause a été enregistrée sous référence A/848/2017. L'assurée a contesté que le lien de causalité naturelle n'était manifestement plus rempli et a allégué que les considérations du Dr G_____ étaient en totale contradiction avec celles des deux médecins qu'elle avait consultés. Elle sollicitait préalablement qu'une expertise soit ordonnée et, sur le fond, le renvoi de la cause à MUTUEL ASSURANCES pour nouvelle décision.

b. Par réponse du 12 juin 2017, MUTUEL ASSURANCES s'est référée aux avis circonstanciés du Dr G_____. Elle a soutenu que les troubles au pied gauche au-delà du 28 septembre 2016 n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement du 13 janvier 2016, mais avec l'accident survenu en juillet 2015, donc de la compétence de la Zürich. Elle a conclu au rejet du recours.

c. Par ordonnance du 5 juillet 2017, la chambre de céans a appelé en cause la Zürich et lui a imparti un délai pour se déterminer. Dans sa détermination du 8 septembre 2017, la Zürich a contesté que l'accident du 23 juillet 2015 soit à l'origine des troubles persistants. Elle a exposé que suite à l'opposition de l'assurée, elle avait mandaté H_____ pour expertise. L'assurée avait été examinée le 4 février 2017 par le docteur I_____. Dans son rapport d'expertise du 28 mars 2017,

le Dr I_____ relevait que l'IRM réalisée le 4 août 2015 ne montrait pas de signes traumatiques récents. Pour cette raison, le lien de causalité était, tout au plus, possible. C'est ainsi que par décision du 31 juillet 2017, la Zürich avait mis fin aux prestations pour le traitement médical et l'incapacité de travail au 4 août 2015, tout en renonçant au remboursement des prestations qui avaient été versées au-delà de cette date. L'assurée s'était opposée à cette décision par acte du 4 septembre 2017. Selon l'appelée en cause, il était clairement acquis qu'il n'y avait plus de lien de causalité naturelle avec l'accident du 23 juillet 2015 au-delà du 4 août 2015. Pour le surplus, l'appelée en cause considérait qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur l'étendue ou la nature du lien de causalité avec l'événement du 13 janvier 2016, dont elle n'avait pas à répondre. Elle concluait au rejet des conclusions des parties, dans la mesure où elles devraient l'affecter.

d. Par écriture du 11 octobre 2017, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision de MUTUEL ASSURANCES, à l'ordonnance d'une expertise aux fins de déterminer à quel/s accident/s était imputable l'incapacité de travail subie par elle dès le 29 septembre 2016 et au renvoi de la cause à MUTUEL ASSURANCES pour nouvelle décision. Elle contestait les allégués de la Zürich selon lesquels les lésions tendineuses seraient d'origine dégénérative. Le lien de causalité existait bien et il y avait lieu d'admettre que sans les accidents du 23 juillet 2015 et du 13 janvier 2016, les atteintes ne se seraient pas produites du tout ou ne seraient pas survenues de la même manière. Ce n'était qu'à défaut de retenir les conclusions claires du Dr E_____, étayées par celles des Dresses D_____, J_____ et K_____ qu'une expertise judiciaire pourrait être ordonnée.

e. Dans son écriture du 8 novembre 2017, MUTUEL ASSURANCES a considéré qu'il ressortait très clairement de l'expertise de H_____ que l'événement survenu le 13 janvier 2016 ne pouvait pas être tenu pour responsable d'une aggravation des lésions ou de la création de nouvelles lésions. C'était à juste titre qu'elle avait considéré, de façon plutôt large, que le lien de causalité naturelle n'était plus rempli au-delà du 28 septembre 2016.

f. Par détermination du 8 janvier 2018, la Zürich a persisté et conclu au rejet du recours.

g. Par décision du 8 janvier 2018, la Zürich a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 31 juillet 2017. Elle se référait à l'expertise du Dr I_____, de H_____, qui estimait qu'il n'existait pas d'atteinte en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 23 juillet 2015. Il pourrait tout au plus être envisagé une torsion sans signes cliniques résiduels au 4 août 2015, date de l'IRM. Les troubles au-delà du 4 août 2015 n'étaient donc plus, selon le degré de vraisemblance prépondérante, en relation avec l'événement du 23 juillet 2015.

h. Le 2 février 2018, l'assurée s'est déterminée sur les conclusions de la Zürich et a relevé que les avis des médecins assureurs n'étaient pas convergents. Rien dans le

dossier ne permettait d'affirmer que les lésions tendineuses étaient d'origine dégénérative. Elle n'avait, de plus, jamais été suivie à propos de lésions préexistantes. Le Dr E_____ a confirmé que c'était le traumatisme causé par l'accrochage du gros orteil contre un caillou le 23 juillet 2015 qui était à l'origine de l'atteinte dommageable. Elle contestait les conclusions du Dr I_____, de H_____.

C. **a.** Par acte de son mandataire du 8 février 2018, l'assurée a interjeté recours, auprès de la chambre de céans, contre la décision sur opposition rendue par la Zürich le 8 janvier 2018. La cause a été enregistrée sous référence A/481/2018. L'assurée s'est référée aux certificats médicaux des Dresses J_____, généraliste, du 25 avril 2017, et K_____, diabétologue, du 21 avril 2017. Le Dr G_____, médecin conseil de MUTUEL ASSURANCES, avait précisé qu'elle était en bonne santé habituelle, sans antécédent médicochirurgical significatif et sans antécédent au pied gauche, ni douleur ou limitation au pied droit. Elle a sollicité la jonction de la présente cause à la cause A/848/2017 dirigée contre MUTUEL ASSURANCES et a conclu à l'annulation de la décision du 8 janvier 2018, à la mise en oeuvre d'une expertise et au renvoi de la cause à la Zürich pour nouvelle décision.

b. Le 26 février 2018, l'assurée, par le biais de son conseil, a communiqué à la chambre de céans copie de la publication dans la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève (FAO) du 21 février 2018 de l'arrêté du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) retirant l'autorisation d'exploiter à l'institution de santé L_____ (anciennement H_____) pour ce qui concernait les départements de psychiatrie et d'expertise, pour une durée de trois mois, soit du 1er mars au 30 juin 2018. L'assurée se référait à l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 décembre 2017 (2C_32/2017), relevant les très importants manquements dans la gestion, notamment du département « expertises » de H_____. Elle contestait les conclusions de l'expertise rendue par ladite clinique, qui étaient inexactes, incomplètes et superficielles.

c. Dans sa réponse du 22 mars 2018, la Zürich a conclu au rejet du recours.

d. Par ordonnance du 28 juin 2018, la chambre de céans a joint les deux causes et a imparti un délai aux deux assureurs pour se déterminer.

e. Dans sa réplique du 27 juillet 2018 à la réponse de la Zürich, l'assurée a rappelé que l'expertise sur laquelle la Zürich prétendait fonder sa position émanait d'une clinique dont l'exploitation avait été suspendue suite à l'arrêt du Tribunal fédéral. L'assurée précisait qu'elle avait repris son travail à 50 % de son taux d'activité dès fin février 2018, et qu'elle devrait reprendre à 70 % dès le 20 août 2018.

f. MUTUEL ASSURANCES, par écriture du 28 août 2018, a indiqué qu'elle ne pouvait se déterminer que sur la question litigieuse faisant l'objet de sa décision sur opposition du 8 février 2017, soit sur le point de savoir si c'était à juste titre que les troubles du pied gauche, au-delà du 28 septembre 2016, avaient été considérés comme n'étant pas en relation de causalité avec l'accident du 13 janvier 2016 et

donc pas à sa charge. Selon MUTUEL ASSURANCES, l'assurée avait été examinée par les Drs G_____ et I_____, dont les avis médicaux détaillés devaient se voir reconnaître une entière valeur probante. S'agissant de l'expertise du Dr I_____, aucun des faits reprochés à H_____ dans l'arrêt du Tribunal fédéral ne pouvait être reproché à l'expert. Une nouvelle expertise ne se justifiait pas. MUTUEL ASSURANCES maintenait ses conclusions, à savoir que les troubles du pied gauche au-delà du 28 septembre 2016 n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement du 13 janvier 2016.

g. Le 19 septembre 2018, l'assurée a contesté la position des assureurs.

h. Le 21 septembre 2018, MUTUEL ASSURANCES a persisté dans ses conclusions, se fondant sur le rapport du Dr G_____, conforté par l'avis du Dr I_____.

i. Le 27 septembre 2018, l'assurée s'est référée au communiqué de presse du Tribunal fédéral, du 4 septembre 2018, à propos des irrégularités commises lors de l'établissement d'expertises par H_____. Dans son arrêt du 16 août 2018 (9F_5/2018), le Tribunal fédéral avait admis la demande de révision de son arrêt rendu en 2016. Il avait notamment relevé que les manquements constatés soulevaient de sérieux doutes quant à la manière dont des expertises avaient été effectuées au sein de la clinique en cause et portaient atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'AI étaient en droit d'accorder à l'institution de l'expertise. L'assurée soutenait que les doutes étaient d'autant plus sérieux dans son cas que l'expertise était une expertise dite privée, aux frais de la Zürich, et qu'elle avait eu lieu en février 2017, pour un accident survenu en juillet 2015.

j. Les différentes écritures ont été communiquées aux parties.

k. Au vu de la complexité du cas et des interactions entre les événements du 23 juillet 2015 et du 13 janvier 2016, la chambre de céans a considéré, dans un arrêt du 30 janvier 2020 (ATAS/72/2020), qu'elle n'était pas en mesure de se déterminer sur la causalité et l'étendue du droit aux prestations de l'assurée au-delà du 28 septembre 2016, s'agissant des suites de l'événement du 13 janvier 2016. Elle a admis le recours et renvoyé le dossier à MUTUEL ASSURANCES et à Zürich, en précisant qu'il leur appartenait « de mettre en oeuvre une expertise conjointe, l'expert devant se prononcer clairement notamment sur les diagnostics, le lien de causalité et déterminer à quel(s) accident(s) était imputable l'incapacité de travail de l'assurée depuis le 23 juillet 2015, puis dès le 13 janvier 2016 ».

D. **a.** Suite au renvoi de la cause, l'instruction a été reprise par les assureurs ; dans l'intervalle, MUTUEL ASSURANCES a été reprise, par contrat de fusion, par GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : GROUPE MUTUEL ou l'intimé).

b. L'assurée a été victime d'un troisième accident pendant ses vacances, ratant une marche d'escalier et se tordant le pied gauche en date du 25 juin 2020, ce qu'elle a

annoncé à son employeur, qui a fait une déclaration d'accident à GROUPE MUTUEL, par formulaire de déclaration d'accident LAA du 16 juillet 2020.

c. Une IRM a été réalisée en date du 13 août 2020 par la doctoresse M_____, radiologue, qui a établi un rapport de la cheville/du pied gauche mentionnant, en conclusion, qu'il n'y avait pas d'anomalie significative décelée au niveau de la face latérale de la cheville et qu'il existait une tendinopathie fissuraire d'Achille.

d. Dans le cadre de l'expertise devant être mise en place selon l'arrêt de la chambre de céans du 30 janvier 2020, la Zürich a envoyé au mandataire de l'assurée un projet de questionnaire pour les experts médicaux, en date du 2 décembre 2020.

e. Le mandataire de l'assurée a demandé que toutes les questions concernant le troisième accident, soit celui du 25 juin 2020 intervenu postérieurement à l'arrêt de la chambre de céans, soit retirées du questionnaire.

f. Consulté par GROUPE MUTUEL dans l'intervalle, son médecin-conseil, le Dr G_____, a rédigé un procès-verbal de séance médicale, daté du 16 décembre 2020 dont il ressortait que le diagnostic du troisième accident était une probable torsion de la cheville/pied gauche, sans lésions structurelles imputables à l'événement, tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille gauche et cf. antécédent et état antérieur cheville/pied gauche 2015. À la question de la relation de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 25 juin 2020, le médecin a répondu qu'il existait une relation de causalité probable pour la torsion de la cheville/pied gauche, mais pas de relation de causalité pour le moins probable pour la tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille gauche. Il a considéré que l'accident de juin 2020 avait aggravé un état antérieur, de manière passagère, et qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'événement de juin 2020, ce dernier avait cessé de déployer ses effets dans les trois mois qui avaient suivi.

g. Un nouveau questionnaire a été adressé au mandataire de l'assurée en date du 23 février 2021, annulant et remplaçant le précédent. Comme cela avait été demandé par l'avocat, les questions concernant l'événement du 25 juin 2020 avaient été enlevées.

h. Le 25 février 2021, l'assurée a subi une opération concernant la tendinite Achille et l'instabilité latérale de cheville gauche qui a fait l'objet d'un compte-rendu opératoire du même jour, rédigé par le Dr E_____. Les suites postopératoires indiquées étaient : traitement antalgique, surveillance du membre inférieur, botte d'immobilisation, pas d'appui autorisé, prévention de la maladie thrombo-embolique, pansement.

i. Par courrier du 1er mars 2021, adressé au mandataire de l'assurée, GROUPE MUTUEL s'est déterminé sur l'accident du 25 juin 2020 et a considéré que les troubles à la cheville/pied gauche ne pouvaient plus être attribués avec vraisemblance à l'accident du 25 juin 2020, notamment à la lecture de l'IRM du 13 août 2020, ce dont il résultait qu'au vu des pièces médicales, la relation de causalité entre les lésions à la cheville/au pied gauche et l'accident du 25 juin 2020

ne pouvait être admise que jusqu'au 30 septembre 2020, date au-delà de laquelle l'octroi des prestations n'était plus garanti. Dès lors, les soins donnés dès le 1er octobre 2020 ne relevaient plus de la garantie de GROUPE MUTUEL.

j. Par courrier de son mandataire daté du 31 mars 2021, l'assurée a fait opposition à la décision du 1er mars 2021 au motif que la décision querellée était, semble-t-il, basée sur des motifs analogues à ceux qui lui avaient valu son annulation par la chambre de céans, ce que l'assurée ne pouvait pas accepter. Elle mentionnait accepter toutefois, exceptionnellement, par économie de procédure, que GROUPE MUTUEL octroie un effet suspensif à sa décision du 1er mars 2021, jusqu'à droit jugé sur la décision du 8 février 2017.

k. Par courrier adressé le 13 avril 2021 au docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil moteur, GROUPE MUTUEL a informé ce dernier que l'assurance Zürich avait organisé une expertise, auprès de lui, concernant l'assurée. GROUPE MUTUEL rappelait avoir déjà adressé une copie de son dossier concernant l'événement du 13 juin 2016 en date du 24 mars 2021 et joignait au courrier une copie du questionnaire qui s'y rapportait. D'autre part, GROUPE MUTUEL demandait au médecin de se prononcer, également, sur l'événement du 25 juin 2020 dont avait été victime l'assurée, sur la même partie du corps, et lui adressait donc une copie des pièces concernant l'événement mentionné ainsi qu'un questionnaire. Il était précisé qu'il s'agissait d'un autre volet de l'expertise, qui ne faisait pas partie de la demande de la chambre de céans, mais que GROUPE MUTUEL souhaitait profiter de cet examen pour instruire ce point et demandait à l'expert de lui envoyer une facture à part concernant ce dossier.

l. Par courriel de son mandataire, daté du 13 avril 2021, l'assurée s'est référée au mandat d'expertise délivré au Dr N_____ et a déclaré qu'elle s'opposait à ce que cet expert soit mandaté pour l'accident de juin 2020, ajoutant que les décisions précédentes de GROUPE MUTUEL avaient été annulées par la justice, que tel n'était pas encore le cas de la décision du 1er mars 2021 et qu'il n'était pas question que l'assurée soit privée d'une voie de recours, le cas échéant.

m. Par courrier du 21 avril 2021, le mandataire de l'assurée a persisté intégralement dans les termes de son courriel, ajoutant que l'accident du 25 juin 2020 étant largement postérieur à celui qui faisait l'objet de la procédure à l'origine de l'expertise et qu'il devait faire l'objet d'une procédure séparée. C'était le lieu de rappeler que l'instruction de l'accident du 25 juin 2020, ouverte sous un autre numéro de dossier, n'en était qu'au stade de l'opposition à une décision du 1er mars 2021, alors que l'expertise confiée au Dr N_____ se fondait sur l'arrêt de la chambre de céans du 30 janvier 2020, qui ne concernait que les deux accidents survenus respectivement en 2015 et 2016. L'assurée concluait à ce qu'une décision formelle soit rendue par GROUPE MUTUEL sur la question du mandat d'expertise.

n. GROUPE MUTUEL a répondu, par courrier du 26 avril 2021, rappelant les événements et expliquant que comme il s'agissait de la même partie du corps lésée, il paraissait opportun que le même expert se détermine également sur des questions relatives à ce nouvel événement. Selon GROUPE MUTUEL, il était dans l'intérêt de l'assurée que la question litigieuse en lien avec ce nouvel événement soit instruite rapidement et de manière cohérente avec les questions litigieuses relatives aux anciens événements, s'agissant dans les trois cas de la cheville gauche, ce d'autant plus qu'une expertise pouvait être organisée pour éclaircir la situation, même si la justice n'était pas intervenue. Compte tenu de ces éléments, le mandat d'expertise auprès du Dr N_____ était maintenu.

o. Par courrier du 18 juin 2021, GROUPE MUTUEL a pris une nouvelle décision annulant et remplaçant celle du 27 avril 2021 (recte : 26 avril 2021), mentionnant que ledit courrier faisait suite à l'opposition de l'assurée du 27 mai 2021. La nouvelle décision reprenait intégralement la motivation de la précédente décision du 26 avril 2021, mentionnant, au surplus, le devoir de collaboration de l'assurée et confirmant que le nouvel événement de juin 2020 serait ajouté à la mission d'expertise confiée au Dr N_____ et mentionnant, in fine, les voies de recours.

E. **a.** Par acte interjeté par son mandataire en date du 22 juillet 2021, l'assurée a recouru contre la décision du 18 juin 2021, rendue par GROUPE MUTUEL, auprès de la chambre de céans.

b. La recourante a conclu à l'annulation de la décision du 18 juin 2021, que la cause soit renvoyée à l'intimé pour une nouvelle décision et que ce dernier soit condamné au frais et dépens.

c. Selon l'assurée, l'expertise devait être mise en œuvre dans le cadre d'une décision judiciaire portant sur les accidents survenus en 2015 et 2016 exclusivement, et le fait de lui soumettre unilatéralement en sus de sa mission, un accident survenu en 2020 était manifestement de nature à porter atteinte à l'impartialité dont l'expert devait faire preuve. Outre les atteintes aux droits de la personnalité et au droit de la protection de la sphère privée, ainsi qu'à la loi sur la protection des données, la décision en question violait le droit de l'assurée à une instruction impartiale de son dossier. Selon l'assurée, les conclusions que l'expert pourrait prendre dans son expertise étendue à l'accident de juin 2020, événement hors procédure, pouvaient influencer la chambre de céans en faveur ou au détriment d'une partie. Cela était d'autant plus inadmissible que le débat judiciaire relatif à l'accident de juin 2020 n'avait pas encore débuté.

d. Par réponse du 15 septembre 2021, l'intimé a rappelé que l'assureur devait examiner les demandes, prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueillir les renseignements dont il avait besoin. Les renseignements donnés oralement devaient être consignés par écrit et l'assureur avait un devoir d'instruction. En corollaire à ce devoir inquisitoire de l'assureur, l'assurée avait un devoir de collaborer, et notamment de se soumettre aux mesures d'investigation.

Enfin, il était rappelé que dans la mise en œuvre de son devoir d'instruction, l'assureur devait veiller à agir de manière objective et impartiale, en gardant à l'esprit l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance. Compte tenu de ces éléments, il était rationnel de faire exécuter l'expertise auprès du même médecin et l'intimé concluait au rejet du recours.

e. Par réplique du 15 octobre 2021, le mandataire de l'assurée a rappelé que la mission d'expertise avait été clairement énoncée et limitée par l'arrêt de la chambre de céans du 30 janvier 2020. Dès lors, l'extension unilatérale de l'expertise à l'accident survenu le 25 juin 2020 était contestée car déloyale et violant les devoirs d'objectivité et d'impartialité de l'assureur. La recourante persistait donc dans ses conclusions.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront cités, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Étant donné qu'en l'espèce, la décision litigieuse a été rendue avant le 1er janvier 2022, il y a lieu d'examiner le litige à la lumière des dispositions de la LPGA dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. ATF 129 V 113 consid. 2.2 pour une problématique similaire). Sauf précision contraire expresse, les dispositions légales applicables seront donc citées, ci-après, dans leur teneur en vigueur jusqu'à cette date.

4. 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 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). 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).

Le recours contre les décisions incidentes n'est admis qu'à des conditions restrictives pour éviter qu'une multiplication de recours ne ralentisse excessivement le déroulement d'une procédure. Ces conditions reposent sur des motifs d'économie de procédure ou, en cas de risque de préjudice irréparable, sur la nécessité de garantir des voies de droit effectives conformément à l'art. 29a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Dans tous les cas, le recours contre la décision incidente rendu séparément n'est recevable qu'à la condition que le recours soit ouvert contre la décision finale à rendre ultérieurement (Jean MÉTRAL, Commentaire romand de la LPGA, Bâle 2018, n. 28 ad art. 56 LPGA et les références citées).

En vertu de l'art. 45 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, les décisions incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur une demande de récusation – au sens de l'art. 10 al. 1 PA, respectivement 36 al. 1 LPGA – peuvent faire l'objet d'un recours (MÉTRAL, op. cit., n. 31 ad art. 56 LPGA). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (art. 45 al. 2 PA). Selon l'art. 46 al. 1 PA, par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, les autres décisions incidentes notifiées séparément peuvent faire l'objet d'un recours si elles peuvent causer un préjudice irréparable (let. a), ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. b).

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA), le recours contre la décision incidente du 18 juin 2021 est recevable de ce point de vue.

6. Reste à déterminer si la recourante remplit la condition du préjudice irréparable.

6.1 Pendant longtemps, le Tribunal fédéral a considéré que les mesures prises en vue d'une expertise en procédure administrative constituaient des actes matériels qui n'avaient pas à faire l'objet d'une décision et contre lesquels aucune voie de recours n'était ouverte, hormis si l'assuré tendait faire valoir des motifs formels de récusation contre l'expert (art. 36 al. 1 LPGA et art. 10 PA). D'autres motifs pertinents de contester le choix de l'expert, qui ne remettaient pas directement en cause son impartialité, mais plutôt la qualité du rapport qu'il pourrait être amené à établir (critiques relatives au domaine de spécialisation ou aux compétences de l'expert, par exemple), ne pouvaient être examinés par le juge qu'une fois celui-ci saisi d'un recours contre la décision au fond, dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5). Cette jurisprudence a fait l'objet d'un réexamen.

6.2 Désormais, le Tribunal fédéral considère au contraire qu'un consensus doit être recherché avec l'assuré sur la personne de l'expert et qu'à défaut, l'assureur social doit rendre une décision à ce propos. L'administration doit consulter l'assuré sur les questions à poser à l'expert avant la réalisation de l'expertise et rendre une décision en cas de désaccord (art. 44 LPGA). Cas échéant, l'assuré

dispose d'un intérêt digne de protection pour recourir immédiatement contre la décision incidente relative au principe même de l'expertise, au motif qu'il s'agirait d'un simple « second opinion », inutile à l'établissement des faits. Il peut contester le choix de l'expert, par un recours devant le tribunal cantonal des assurances, non seulement s'il entend faire valoir des motifs formels de récusation, mais également pour tout autre motif pertinent au sens de l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2). Il doit en revanche prouver que la décision de l'OAI, qui refuse des questions complémentaires, peut lui causer un préjudice irréparable (ATF 141 V 330 consid. 8.3).

6.3 Selon la jurisprudence, l'assuré, qui, faute de consensus, entend contester la mise en œuvre d'une expertise médicale satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable nécessaires (ATF 141 V 330 consid. 2 ; ATF 139 V 339 consid. 4.4 ; ATF 138 V 271 consid. 1 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2012 du 3 juillet 2013 consid. 1.2.6 et 1.2.7). L'assuré ne peut toutefois exiger un choix consensuel de l'expert que s'il oppose des motifs pertinents de nature formelle ou matérielle contre la désignation de l'expert initialement proposé par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_401/2015 du 30 juin 2015 consid. 3 ; 9C_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3). En cas de refus d'un assureur social d'adresser à l'expert une question proposée par l'assuré, il n'y a pas de risque de dommage irréparable si la question reformule de manière plus suggestive l'une de celles déjà proposées par l'assureur ou si elle est sans rapport avec les faits à éclaircir par expertise (ATF 141 V 330 consid. 6.2.2 à 6.2.4). Le Tribunal fédéral considère également que la désignation d'un centre d'expertise comme tel ne comporte pas de risque de dommage irréparable. L'assuré ne peut faire valoir d'éventuels motifs de récusation qu'à l'égard des experts ensuite désignés par ce centre (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3). Le risque de préjudice irréparable doit être apprécié de cas en cas si la question n'est en soi pas dépourvue de pertinence, mais qu'elle pourrait être posée après l'expertise si elle s'avère encore utile (ATF 141 V 330 consid. 8.1).

6.4 La notion de préjudice irréparable en rapport avec une expertise a notamment été expliquée en détail par le Tribunal fédéral : « Für die Beurteilung des Merkmals des nicht wieder gutzumachenden Nachteils im Kontext der Gutachtenanordnung ist an die oben (E. 3.4.2.2 ff.) vorgenommene verfassungsbezogene Auslegung der Garantien für das Abklärungsverfahren anzuknüpfen. Auch hier fällt ins Gewicht, dass das Sachverständigengutachten im Rechtsmittelverfahren mit Blick auf die fachfremde Materie faktisch nur beschränkt überprüfbar ist. Mithin kommt es entscheidend darauf an, dass qualitätsbezogene Rahmenbedingungen (beispielsweise hinsichtlich der gutachterlichen Fachkompetenz ; LEUZINGER-NAEF, a.a.O., S. 419) von Beginn weg durchgesetzt werden können (vgl. WIEDERKEHR, a.a.O., S. 395). Greifen die Mitwirkungsrechte erst nachträglich - bei der Beweiswürdigung im

Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren (vgl. LEUZINGER-NAEF, a.a.O., S. 437 oben) -, so kann hieraus ein nicht wieder gutzumachender Nachteil entstehen, zumal im Anfechtungsstreitverfahren kein Anspruch auf Einholung von Gerichtsgutachten besteht. Hinzu kommt, dass die mit medizinischen Untersuchungen einhergehenden Belastungen zuweilen einen erheblichen Eingriff in die physische oder psychische Integrität bedeuten. Aus diesen Gründen sowie angesichts der geschilderten Merkmale der Vergabepraxis besteht ein gesteigertes Bedürfnis nach gerichtlichem Rechtsschutz. Daher ist im Rahmen einer verfassungs- und konventionskonformen Auslegung die Eintretensvoraussetzung des nicht wieder gutzumachenden Nachteils für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren zu bejahen, zumal die nicht sachgerechte Begutachtung in der Regel einen rechtlichen und nicht nur einen tatsächlichen Nachteil bewirken wird (vgl. BGE 134 III 188 E. 2.1 und 2.2 S. 190 f.; BGE 133 IV 139 E. 4 und 335 E. 4 S. 338; BGE 130 II 149 E. 1.1 S. 153; Urteil 2C_86/2008 vom 23. April 2008 E. 3.2; vgl. UHLMANN/WÄLLE-BÄR, Praxiskommentar zum VwVG, N. 4 ff. zu Art. 46; MARTIN KAYSER, Kommentar zum VwVG, N. 11 zu Art. 46). Beschwerdeweise geltend gemacht werden können materielle Einwendungen beispielsweise des Inhalts, die in Aussicht genommene Begutachtung sei nicht notwendig, weil sie - mit Blick auf einen bereits umfassend abgeklärten Sachverhalt - bloss einer "second opinion" entspräche (noch anders: BGE 136 V 156 ; vgl. auch SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111 E. 4.2, U 571/06). Nach wie vor gerügt werden können (personenbezogene) Ausstandsgründe. Nicht gehört werden kann indessen das Vorbringen, die Abgeltung der Gutachten aus Mitteln der Invalidenversicherung führe zu einer Befangenheit der MEDAS. ...» (ATF 141 V 330 consid. 5.2, citant partiellement l'ATF 137 V 210).

7. En l'espèce, la recourante admet n'avoir pas de motif formel de récusation à faire valoir contre l'expert N_____ proposé par l'intimé. Elle remet uniquement en cause les modalités de l'expertise, estimant qu'elles ne sont pas conformes à l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 30 janvier 2020 et que l'expert ne devrait donc pas être mandaté pour l'événement postérieur du 25 juin 2020.

Selon la recourante, l'arrêt de renvoi ne concerne que deux événements accidentels, celui de juillet 2015 et celui de janvier 2016 ; en confiant au même expert le soin de se prononcer également sur le troisième événement, de juin 2020, par expertise séparée, l'intimé violerait ses devoirs d'objectivité et d'impartialité.

Selon l'intimé, il se doit d'instruire la question litigieuse du lien entre l'événement du 25 juin 2020 et les troubles qui s'en sont suivis dès lors que l'assurée s'est opposée à sa décision selon laquelle, au-delà du 30 septembre 2021, les troubles n'étaient plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 25 juin 2020.

Le choix du même expert que pour les événements du 23 juillet 2015 et du 13 janvier 2016 correspond au devoir de l'assureur de veiller à une gestion

économique et rationnelle de son devoir d'instruction impliquant l'intégration de cette nouvelle problématique dans l'expertise prévue. L'intimé ne voit donc pas en quoi cette mesure supplémentaire représenterait une violation de son devoir de garder le secret, ni en quoi le débat juridique relatif aux deux accidents antérieurs serait faussé.

7.1 En vertu de l'art. 43 LPGA – sans le nouvel al. 1bis entré en vigueur le 1er janvier 2022 –, 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).

Aux termes de 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.

7.2 Selon le Tribunal fédéral, 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 ; ATF 138 V 271 consid. 1.1).

Le Tribunal fédéral a aussi 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 et que l'assureur social doit rendre une décision incidente susceptible de recours lorsqu'il est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Il est de la responsabilité, tant de l'assureur 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).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé, dans un arrêt subséquent, qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou

formelles ont été soulevées par l'assuré. Ce n'est que si le consensus ne peut être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

7.3 Le Tribunal fédéral a précisé que la recherche de la mise en œuvre consensuelle d'une expertise ne constitue qu'une incombance à la charge des offices AI puisqu'un accord des parties au sujet de la personne de l'expert ne constitue pas une obligation dont l'exécution pourrait être réclamée en justice (ATF 139 V 349 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_513/2013 du 13 janvier 2014). Ainsi, en matière AI, plus particulièrement d'expertises mono- ou bi-disciplinaire(s) – soit les expertises autres que celles visées par l'art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) –, la recherche d'un consensus est nécessaire lorsqu'un assuré fait valoir des objections « admissibles » de nature formelle, en rapport avec le cas concret, ou matérielle, en rapport avec la spécialité médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3 et les références ; Massimo ALIOTTA, in Basler Kommentar, ATSG, 2019, n. 47 ad art. 44 LPGA).

Dans son arrêt du 7 octobre 2021, le Tribunal fédéral a jugé que la question de savoir s'il existe un droit justiciable à la désignation consensuelle de l'expert en matière d'assurance-accidents pouvait rester indécise ; il n'est en effet pas contesté que le principe de l'attribution aléatoire des mandats d'expertises pluridisciplinaires développé en matière d'assurance-invalidité (art. 72bis RAI) ne s'applique pas à l'assurance-accidents. Si l'assureur-accidents – comme l'office AI pour les expertises mono- ou bi-disciplinaires – doit s'efforcer de mettre en œuvre une expertise sur une base consensuelle et prendre en considération les objections soulevées par l'assuré quant à la personne de l'expert, le Tribunal fédéral a clairement rejeté la conception selon laquelle un expert ne pourrait être désigné qu'avec le consentement de l'assuré dès que celui-ci émet des objections sur la personne de l'expert, car cela reviendrait à reconnaître un droit de veto à l'assuré ; il a précisé que même en cas d'objection justifiée de l'assuré, l'assureur n'est pas tenu de suivre sans autre les contre-propositions de l'assuré (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 4.2).

7.4 En l'occurrence, selon la recourante, l'intimé sortirait du cadre imposé par l'arrêt de renvoi du 30 janvier 2020 en confiant au même expert le soin de rendre l'expertise portant sur le troisième accident. La recourante ajoute qu'il serait constant que la soumission à l'expert de l'accident du 25 juin 2020, en sus de la mission délimitée par la chambre de céans, « aurait clairement pour but d'influencer l'expert et, a fortiori la décision à venir de la chambre de céans, en faisant état de circonstances extérieures à la cause ».

Comme exposé supra, l'assurée ne peut exiger un choix consensuel de l'expert que si elle oppose des motifs pertinents de nature formelle ou matérielle contre la désignation de l'expert initialement proposé par l'assureur. Un consensus

implique, par définition, un accord de volonté auquel le tribunal ne peut contraindre une partie. Un renvoi pour obliger l'assureur social à rechercher un accord dans un cas particulier serait donc illusoire. Au final, le tribunal n'entrera donc en matière que si le recourant soulève des motifs de récusation formelle ou matérielle contre la personne de l'expert. Si ces griefs sont fondés, le tribunal renverra la cause pour désignation d'un nouvel expert en concertation avec l'assuré. Dans le cas contraire, le recours devrait être rejeté (MÉTRAL, op. cit., n. 45 ad art. 56 LPGA et les références mentionnées).

7.5 S'agissant de l'arrêt de renvoi du 30 janvier 2020, il sied de rappeler que lorsqu'une autorité motive le renvoi d'une affaire, ses considérants de droit lient l'autorité inférieure ainsi que les parties, en ce sens que ces dernières ne peuvent plus faire valoir dans un recours contre la nouvelle décision de première instance des moyens qui ont été rejetés dans l'arrêt de renvoi. En raison de l'autorité de la chose jugée, de tels moyens sont irrecevables (ATF 133 III 201 consid. 4 p. 208 ; ATF 120 V 233 consid. 1a p. 237 ; ATF 117 V 237 consid. 2a p. 241 ; ATF 113 V 159 consid. 1c p. 159 s.).

Selon la doctrine, l'autorité de chose jugée ou force matérielle de chose jugée (materielle Rechtskraft) se rapporte à la stabilité du contenu d'une décision. On peut également distinguer ici entre autorité de chose décidée, qui se rapporte à la stabilité d'une décision d'une autre administration entrée en force, et autorité de chose jugée, qui se rapporte à celle d'une décision prise sur recours ou par une juridiction saisie d'une action.

Dans le premier cas, la question est simplement celle de la modification d'une décision administrative. On indiquera seulement ici que la révocation partielle ou totale d'une décision exige une pesée de l'intérêt à une application correcte du droit objectif, qui plaiderait par hypothèse pour une modification de la décision, et de l'intérêt à la sauvegarde de la sécurité du droit, qui favorise le maintien de la décision.

Dans le second cas, le réexamen approfondi de l'affaire qui a dû être effectué sur recours ou par la juridiction saisie d'une action justifie de reconnaître une plus grande portée à l'autorité de chose jugée : les points tranchés sur recours ou par une juridiction ne pourront être revus, en ce qui concerne les mêmes parties, les mêmes faits et les mêmes motifs, que si des motifs de révision (art. 80 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) sont présents.

À cet égard, il faut souligner que l'autorité de chose jugée ne se rapporte qu'aux points effectivement tranchés par l'autorité de recours ; il y aura donc lieu de se référer aux motifs de sa décision pour définir la portée de l'autorité de la chose jugée (Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2018, n. 867 à 869 p. 308).

Or, en ce qui concerne le mandat d'expertise confié au Dr N_____ pour les accidents de 2015 et de 2016, on ne voit pas quel motif de révision pourrait

permettre de remettre en question le cadre fixé par la chambre de céans dans son arrêt de renvoi du 30 janvier 2020.

Au regard de l'art. 80 let. b LPA, le nouvel accident de 2020 ne constitue ni un fait nouveau ni un moyen de preuve nouveau que la recourante ne pouvait connaître ou invoquer dans la précédente procédure.

Il résulte de ce qui précède que le cadre de l'expertise résultant des considérants de l'arrêt du 30 janvier 2020 n'est en aucun cas modifié par l'événement postérieur du 25 juin 2020 et qu'il appartient aux assureurs de respecter strictement ce cadre pour établir le mandat d'expertise.

Si l'on examine le questionnaire d'expertise médicale accompagnant le courrier du 13 avril 2021 destiné au Dr N_____ et fixant sa mission d'expertise médicale du 4 mai 2021, on constate que les trois accidents figurent dans ledit questionnaire, soit dans la mission d'expertise.

Néanmoins, chacun des accidents fait l'objet d'un questionnaire spécifique et la lecture du questionnaire se rapportant respectivement à l'accident du 23 juillet 2015 et à celui du 13 janvier 2016 ne fait aucune référence à l'accident postérieur intervenu le 25 juin 2020.

Dès lors, l'expert peut se prononcer sur ces deux accidents et sur les éventuels liens de causalité avec les suites desdits accidents, tout en restant dans le cadre de la mission d'expertise tel qu'il a été délimité par la chambre de céans dans son arrêt du 30 juin 2020.

On ne voit pas en quoi l'ajout du troisième volet, concernant l'accident du 25 juin 2020, aurait pour effet d'influencer l'expert et a fortiori la décision de la chambre de céans, ce d'autant moins que depuis le renvoi de la cause aux assureurs, la question des accidents du 23 juillet 2015 et du 13 janvier 2016 n'est plus pendante devant la chambre de céans.

L'hypothèse de la recourante selon laquelle le volet d'expertise concernant l'accident du 25 juin 2020 aurait pour but d'influencer l'expert en faisant état de circonstances extérieures à la cause est d'autant moins vraisemblable que l'on voit mal comment un accident qui s'est produit en 2020 pourrait avoir une influence sur les accidents intervenus respectivement en 2015 et en 2016.

Quant à l'hypothèse selon laquelle il s'agirait d'influencer la chambre de céans, elle s'inscrit dans une projection de l'assurée, qui envisage d'ores et déjà de recourir contre la décision sur opposition qui sera rendue par GROUPE MUTUEL, avant même d'en connaître le contenu.

7.6 S'agissant à présent de la décision de mandater le Dr N_____ pour réaliser l'expertise portant sur l'accident du 25 juin 2020, l'arrêt de renvoi de la chambre de céans du 30 janvier 2020 n'est d'aucun secours à la recourante par rapport à ce nouveau contexte de fait qui n'entre pas dans la sphère de l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du 30 janvier 2020.

En d'autres termes, la décision de GROUPE MUTUEL désignant le Dr N_____ comme expert et lui confiant le mandat d'expertise pour l'accident du 25 juin 2020 est une décision nouvelle, qui n'est en aucun cas limitée par les considérants et le dispositif de l'arrêt du 30 janvier 2020.

S'agissant de l'examen particulier du mandat d'expertise concernant l'accident du 25 juin 2020, il est demandé à l'expert l'éventuelle relation de causalité avec respectivement, l'accident du 23 juillet 2015 et l'accident du 13 janvier 2016.

Or, il va de soi que lorsque trois accidents de même type et touchant tous les trois la cheville gauche se produisent à quelques années d'intervalle, la question du lien de causalité entre l'accident postérieur et l'accident antérieur se pose nécessairement. On ne voit pas pourquoi la recourant considère qu'il aurait fallu demander à un autre expert que le Dr N_____ de se prononcer sur l'accident survenu en 2020, afin de sauvegarder pleinement ses droits. En effet, la recourante n'indique pas quel préjudice irréparable elle subirait du fait que le même expert se prononce sur une lésion de même type que celles qui sont arrivées en 2015 et en 2016, étant rappelé que l'intimé n'a rendu qu'une première décision, frappée d'opposition, et que la recourante peut encore largement faire valoir son droit d'être entendu avant que la décision sur opposition ne soit prise.

7.7 Par conséquent, le mandat d'expertise concernant l'accident du 25 juin 2020 ne péjore en rien les droits de la recourante, qui conserve toute latitude de faire valoir son droit d'être entendu, après réception du rapport d'expertise et avant que la décision sur opposition ne soit rendue par l'intimé. En cas d'éventuel recours contre ladite décision devant la chambre de céans, la recourante conservera pleinement son droit d'être entendu, y compris celui de critiquer le rapport d'expertise du Dr N_____ concernant l'accident du 25 juin 2020.

Au vu de ce qui précède, ce n'est pas de manière contraire à l'arrêt de renvoi du 30 janvier 2020 que les assureurs ont ordonné la mise en œuvre d'une expertise portant sur les événements des 23 juillet 2015 et 13 janvier 2016 d'une part, et sur l'événement du 25 juin 2020 d'autre part.

8. Dans un autre grief, la recourante se plaint de la violation des droits de sa personnalité et d'atteinte à la sphère privée du fait que l'intimé a transmis au Dr N_____ des informations la concernant alors qu'elle s'était opposée à ce qu'un mandat d'expertise soit confié à ce médecin, pour l'événement du 25 juin 2020.

Il sera brièvement rappelé que selon l'art. 43 al. 1 LPGA, il appartient à l'assureur, en premier chef, de déterminer, en fonction de l'état de fait élucidé, quelles sont les mesures d'instructions qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce.

Or, l'assureur dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation, car s'il estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, il doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction.

En ce qui concerne l'assurée, celle-ci faisant valoir des prétentions à l'encontre de l'assureur a un plein devoir de coopérer avec l'assureur, en autorisant, en particulier, toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir les renseignements nécessaires pour établir le droit aux prestations (art. 28 al. 3 LPGA). En l'espèce, les informations transmises au Dr N_____ sont toutes pertinentes pour l'exécution du mandat confié à cet expert.

Étant encore rappelé que comme on l'a vu supra, l'assurée ne dispose pas d'un droit de véto qui lui permettrait d'empêcher l'assureur de nommer un expert.

Il en découle, *a maiore ad minus*, que l'assurée ne dispose pas non plus d'un droit de véto interdisant à l'assureur de communiquer les informations pertinentes à l'expert choisi par ce dernier.

Enfin, il sera encore mentionné que la jurisprudence de la chambre de céans consistant à nier qu'il existe une obligation de l'assureur accidents de parvenir à un consensus avec l'assurée lorsque cette dernière est totalement opposée à la désignation de l'expert a, par ailleurs, été revue par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 7 octobre 2021 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 consid. 4.2, 5.1 et 5.2) et n'a pas été considérée comme une violation des règles relatives à un procès équitable.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

10. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

***

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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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