

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1964, a travaillé à temps partiel dès le 1^{er} septembre 1991 en tant que professeur de biologie au Cycle d'orientation X_____, à raison de 10 heures par semaine.
2. Lors d'un accident survenu le 27 septembre 2002, l'assurée a été victime d'un traumatisme crânien qui a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : SUVA)
3. Dans le cadre du mandat d'expertise que la SUVA a confié aux Drs A_____, psychiatre et psychothérapeute, B_____, rhumatologue, et C_____, neurologue, le Dr D_____ a pratiqué un examen neuro-ophtalmologique. Dans son rapport du 28 mars 2006, ce médecin a diagnostiqué une dysversion papillaire avec déficit temporel supérieur très partiel à l'oeil droit qu'il considérait comme d'origine congénitale et non évolutive. Il a également constaté une hémie-extinction homonyme droite qui s'inscrivait dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel.
4. Dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2006, les experts ont admis que l'accident avait provoqué un traumatisme crânio-cérébral mineur et une distorsion cervicale simple. Ils ont considéré qu'il n'avait en revanche pas entraîné d'atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique. L'assurée présentait également des troubles organiques, à savoir des légères atrophies corticales, sans rapport avec l'accident et un déficit campimétrique congénital. Le tableau typique des troubles après une distorsion de la colonne cervicale était tout à fait à l'arrière-plan par rapport aux troubles psychiques. Les troubles persistants et l'incapacité de travail n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement accidentel depuis le 5 janvier 2004 et il n'y avait pas de perte d'intégrité. L'assurée souffrait par ailleurs d'une anxiété qu'il n'était pas possible de rattacher à l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante et dont l'origine était par conséquent à rechercher dans une prédisposition morbide. En l'absence de souvenirs de l'accident, l'assurée n'avait pas développé d'état de stress post-traumatique. L'accident n'avait pas provoqué un traumatisme crânio-cérébral suffisamment important pour entraîner une séquelle sous forme d'atrophie cérébrale diffuse.
5. Dans son rapport du 25 avril 2007, le Dr E_____, neurologue, psychiatre et psychothérapeute, rattaché à la division de médecine des assurances de la SUVA, a relevé que les examens radiologiques des 27 septembre 2002 et 18 juillet 2005 ne révélaient aucune lésion cérébrale d'origine traumatique. Une discrète atrophie cérébrale, dans la région frontale, pouvait être constatée sur l'IRM du 18 juillet

2005, mais qui n'était pas d'origine accidentelle. Le lien de causalité entre les troubles non spécifiques et fluctuants de l'assurée avec l'accident du 27 septembre 2002 pouvait être considéré, sur le plan neurologique, tout au plus comme possible. Une limitation durable et/ou importante de l'intégrité physique n'était pas détectable au niveau du système nerveux de sorte qu'il n'y avait aucune atteinte notable à l'intégrité sur le plan neurologique.

6. Par décision sur opposition du 23 mai 2007, la SUVA a refusé l'octroi d'une indemnité tant pour atteinte à l'intégrité que pour la perte de gain subie au-delà du mois de novembre 2004. Elle a considéré qu'à compter du 8 novembre 2004, il n'y avait plus eu ni relation de causalité entre l'accident du 27 septembre 2002 et l'incapacité de travail partielle, ni relation de causalité adéquate entre les troubles non organiques et l'accident.
7. L'assurée a interjeté recours contre cette décision en date du 25 juin 2007, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et à l'octroi tant d'une rente d'invalidité que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 80%. Elle a également pris des conclusions conditionnelles.
8. Entendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 11 juin 2008, le Dr F_____, neurologue, a déclaré qu'il tenait pour certaine l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et les symptômes dont souffrait encore l'assurée. Il considérait le traumatisme subi comme relativement important, compte tenu de la perte de connaissance et de l'état d'agitation dans lequel l'assurée s'était trouvée à son réveil. Un premier scanner cérébral, immédiatement après l'accident, s'était avéré normal. Un second, pratiqué en juillet 2005, avait révélé une atrophie cérébrale, c'est-à-dire un élargissement des ventricules. Le témoin a expliqué cette différence par le fait que les lésions occasionnées par un traumatisme cranio-cérébral n'étaient pas visibles immédiatement après ce dernier, mais seulement après quelques mois. Il a émis l'avis que l'atrophie constatée ne constituait pas une simple variation anatomique préexistant à l'accident, dès lors que le premier scanner ne l'avait pas mise en évidence. Les deux examens pratiqués permettaient de mesurer la taille des ventricules par rapport à celle du crâne et les résultats obtenus pouvaient être comparés entre eux. S'agissant des troubles psychiques de l'assurée, notamment de son irritabilité et son angoisse, le Dr F_____ les a qualifiés de psycho-organiques, en ce sens que, selon lui, ils sont induits par l'état permanent dans lequel l'assurée se trouve, qui conduit à un affaiblissement général et à une diminution de sa capacité de résistance.
9. Entendu le même jour, le Dr G_____, médecin adjoint au service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a mentionné la présence chez l'assurée de trois types de troubles neuropsychologiques : des problèmes

attentionnels à la fois diffus (fluctuations de la concentration) et plus spécifiques sous forme d'hémi-extinction visuelle, des problèmes de type exécutif relatifs à la mémoire de travail en soit peu spécifiques et enfin, une fatigabilité lorsque l'assurée est confrontée à une charge de travail qui laisse penser que les troubles du système attentionnel sont d'origine traumatique.

Le témoin a expliqué que l'hémi-extinction visuelle constitue un indice assez fort de séquelles organiques d'un traumatisme et démontre que le système attentionnel est touché. L'encéphalopathie, bien que légère sur le plan médical, a un impact d'autant plus important que l'activité professionnelle de l'assurée nécessite des ressources attentionnelles importantes.

Le témoin a ajouté qu'après un traumatisme cranio-cérébral, l'imagerie peut ne rien montrer dans un premier temps; une atrophie peut ensuite se développer mais, en règle générale, pas en cas de traumatisme mineur.

Le Dr G_____ a suggéré que les deux scanners cérébraux soient soumis à un spécialiste en imagerie médicale afin que celui-ci vérifie si une atrophie s'est réellement développée.

Il a enfin émis l'avis qu'une réduction de la capacité de travail de l'assurée était dans l'ordre des choses après le traumatisme subi. Le trouble affectif d'origine mixte diagnostiqué comportait une composante post-traumatique.

Le témoin a qualifié la relation de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident de probable.

10. Le 19 décembre 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rendu un arrêt aux termes duquel il a admis la valeur probante du rapport d'expertise du 8 septembre 2006 et considéré que les conclusions divergentes du Dr F_____ reposaient sur des hypothèses non vérifiées alors que l'origine post-traumatique du déficit visuel à la base des conclusions du Dr G_____ était contredite par l'appréciation du Dr D_____. En outre, il a rejeté l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles actuels au motif que si le critère de la persistance des douleurs physiques était rempli, il ne suffisait pas à lui seul à retenir un tel lien de causalité dans le cas d'un accident de gravité moyenne.
11. Saisi par la recourante, le Tribunal fédéral a rendu en date du 18 mars 2010 un arrêt dans lequel il a considéré qu'il subsistait un doute important sur le fait de savoir si une atrophie cérébrale était ou non apparue à la suite de l'accident et, cas échéant, si cette atteinte était d'origine accidentelle. En conséquence de quoi, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'assurée, annulé l'arrêt du Tribunal cantonal et renvoyé la cause à ce dernier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise dont il a précisé

qu'elle devrait être confiée de préférence à un spécialiste en imagerie médicale, en collaboration avec un neuropsychologue.

12. Le Tribunal a informé les parties, par courrier du 16 avril 2010, de son intention de mettre en œuvre une expertise confiée à un spécialiste en imagerie médicale et à un neuropsychologue afin de déterminer si une atrophie cérébrale était apparue à la suite de l'accident et, cas échéant, sur l'origine éventuellement accidentelle d'une telle atteinte. Il a imparti aux parties un délai pour lui suggérer le nom d'experts susceptibles de procéder à une telle expertise ainsi que pour lui communiquer les questions qu'elles souhaitaient leur voir poser.
13. Les parties se sont exécutées en date du 10 mai 2010, respectivement du 14 juin 2010.
14. Par ordonnance du 15 octobre 2010, le Tribunal a ordonné la mise en œuvre d'une expertise neurologique et radiologique qu'il a prévu de confier aux Drs H_____, spécialiste FMH en neurologie, et I_____, spécialiste FMH en radiologie.
15. Il a accordé un délai de 10 jours aux parties pour faire valoir leurs éventuels motifs de récusation contre les experts retenus.
16. Sur demande de la recourante du 29 octobre 2010, le Tribunal a prolongé ce délai jusqu'au 15 novembre 2010. Puis, sur nouvelle demande de la recourante datée du 15 novembre 2010, il a refusé une nouvelle prolongation de délai en précisant que, sans autres nouvelles de sa part d'ici le 19 novembre 2010, il partirait du principe qu'elle n'avait pas de motif de récusation.
17. Dans sa détermination du 18 novembre 2010, la recourante a sollicité la récusation des deux experts au motif, pour le premier, qu'il travaillait au même endroit que le Dr J_____ qui avait été proposé par l'intimé et que le Dr A_____ qui l'avait déjà expertisée. S'agissant du Dr I_____, elle a également fait valoir qu'il avait été proposé par l'intimée. Elle a suggéré la désignation des Drs G_____ et K_____, neurologues aux HUG.
18. Par courrier du 6 décembre 2010, le Tribunal a demandé au Dr H_____ de préciser s'il travaillait au même endroit que le Dr A_____.
19. Dans sa réponse du 8 décembre 2010, le Dr H_____ a indiqué qu'il ne connaissait pas cette patiente par des consultations antérieures et qu'il n'avait jamais collaboré ni avec le Dr A_____ ni avec le CEMed.

20. Dans sa détermination du 17 décembre 2010, l'intimée a exposé que la recourante n'avait pas observé le délai imparti pour faire valoir ses motifs de récusation et que ces derniers étaient des plus "farfelus".
21. Le 22 décembre 2010, la recourante a contesté que sa demande de récusation ait été formulée hors délai et a fait valoir que le Dr H_____ exerçait à la Clinique BEAULIEU tout comme les Drs J_____ et A_____. Elle a produit la liste des médecins pratiquant à ladite Clinique telle qu'elle ressort du site Internet de cet établissement.

EN DROIT

1. Par arrêt du 18 mars 2010, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause au Tribunal cantonal des assurances sociales pour instruction complémentaire et nouveau jugement, de sorte que la présente procédure a été reprise.
2. Le 1^{er} janvier 2011 la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009 ; LOJ - RS E 2 055).
3. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3; LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 2003, tome 1, p. 443).

L'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

4. En l'espèce, l'arrêt du Tribunal fédéral du 18 mars 2010 est très clair quant aux mesures d'instruction requises puisqu'il a chargé l'instance cantonale de mettre sur pied une nouvelle expertise en précisant qu'elle devrait être confiée de préférence à un spécialiste en imagerie médicale en collaboration avec un neuropsychologue.

Par conséquent, il convient d'ordonner une nouvelle expertise qui sera confiée à un neurologue et à un radiologue qui s'adjoindront les services du neuropsychologue de leur choix ainsi que de tout autre spécialiste dont ils estimeront l'avis nécessaire.

5. La recourante invoque le risque de prévention des Drs I_____ et H_____.

Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 § 1 CEDH, les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. On ne saurait en conclure qu'une récusation ne s'impose que lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATF 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/ee).

En vertu de l'art. 39 al. 2 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10), les causes de récusation prévues pour les membres des autorités administratives s'appliquent aux experts. L'art. 15 al. 2 LPA prévoit la récusation des membres des autorités administratives, notamment, s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire (let. c) ou s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité (let. d).

6. En l'espèce, le Dr I_____ a été proposé par l'intimée. Il y a lieu de préciser que la Chambre de céans l'aurait sans doute désigné comme expert même si l'intimée n'avait pas suggéré son nom car il s'agit d'un spécialiste unanimement reconnu dans l'interprétation des documents radiologiques à Genève.

Il y a lieu de relever que les parties ne disposent d'aucune prérogative quant au choix de l'expert, si ce n'est de pouvoir en proposer la récusation (art. 38 al. 2 LPA). Par conséquent, la recourante ne peut pas invoquer un tel motif pour justifier une demande de récusation. En outre, on ne voit pas en quoi le fait pour une partie de proposer le nom d'un expert lorsque le Tribunal lui donne cette possibilité représenterait à lui seul une circonstance donnant objectivement l'apparence de la prévention et faisant craindre une activité partielle. En effet, admettre un tel motif aurait pour conséquence que tout expert proposé, que ce soit par la recourante ou l'intimée, devrait être récusé, ce qui irait à l'encontre de la possibilité donnée aux parties de participer à la désignation des experts.

S'agissant du Dr H_____, même si ce dernier pratique dans la même clinique que le Dr A_____ qui a déjà expertisé la recourante sur le plan psychiatrique, on ne voit pas davantage en quoi cette circonstance ferait craindre à elle seule une activité partielle de l'expert pressenti. En effet, retenir un tel motif aurait pour conséquence qu'aucune expertise ne pourrait être ordonnée dans le service de neurologie d'une clinique ou d'un hôpital lorsque le médecin d'un autre service de la même clinique ou du même hôpital aurait déjà expertisé l'assuré ce qui limiterait singulièrement les expertises confiées à un médecin pratiquant dans un hôpital ou une clinique.

En revanche, le fait que le Dr H_____ n'ait pas crû bon, d'emblée, de signaler qu'il pratiquait dans le même établissement que le Dr A_____ peut à la rigueur jeter le doute sur son impartialité. Par conséquent, la Chambre de céans choisit de désigner en lieu et place comme expert neurologue le Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie.

En application de l'art. 39 LPA, un délai de 10 jours sera accordé aux parties pour faire valoir leurs éventuels motifs de récusation contre les experts finalement retenus.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise neurologique et radiologique.
2. La confie à titre principal au Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie, et au Dr I_____, spécialiste FMH en radiologie, qui s'adjoindront les services du neuropsychologue de leur choix ainsi que de tout autre spécialiste dont ils estimeront l'avis nécessaire.
3. Invite les experts, après avoir pris connaissance du dossier de la SUVA et de celui versé à la présente procédure, examiné et entendu l'assurée, s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir notamment consulté les médecins de l'assurée si besoin, à établir un rapport - étant précisé que les experts devront se concerter avant de rendre leurs conclusions finales et que le Dr H_____ sera chargé de la coordination. Le rapport devra répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. Une atrophie cérébrale s'est-elle développée entre le premier examen pratiqué après l'accident et celui réalisé en juillet 2005 ?
 - a) Si oui, quelle est l'origine vraisemblable de cette atrophie ?
 - b) Si cette origine est congénitale, comment se fait-il qu'elle n'ait pas été mise en évidence par les premiers examens cérébraux pratiqués ?
 6. Les troubles objectivables actuels sont-ils au degré de la vraisemblance prépondérante en lien de causalité avec l'accident du 27 septembre 2002 ? Si oui, dans quelle mesure et depuis quand ?
 7. En cas de lien de causalité, quelles sont les limitations fonctionnelles de la courante et quelle est sa capacité de travail raisonnablement exigible tenant compte desdites limitations et de son rendement ?
 8. En cas de lien de causalité, la courante présente-t-elle une atteinte à l'intégrité. Si oui, quel est son degré ?

9. Suite à l'accident du 27 septembre 2002, l'assurée a-t-elle développé un état de stress post-traumatique ?
10. En cas d'atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique, cette dernière a-t-elle pour conséquence de réduire la capacité de travail de la patiente ? Si oui, dans quelle mesure ?
11. L'assurée est-elle atteinte de problèmes attentionnels diffus et spécifiques sous forme d'hémi-extinction visuelle ?
12. Existe-t-il un lien de cause à effet possible, probable ou certain entre les troubles psychiques ressentis par la patiente et l'accident du 27 septembre 2002 ?
13. Existe-t-il un lien de cause à effet possible, probable ou certain entre les céphalées et les cervicalgies dont se plaint l'assurée ?
14. Quel est le taux de l'incapacité de travail de la patiente dans son activité actuelle suite à l'accident du 27 septembre 2002 ?
15. L'imagerie médicale a-t-elle mis en évidence une lésion cérébrale d'origine traumatique ? Si oui, laquelle ?
16. Des éléments permettent-ils de conclure à l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique ? Si oui, lesquels et pour quelles raisons ?
17. Description des éventuels troubles neuropsychologiques de l'assurée.
18. Quelle est l'évolution, respectivement la fluctuation de l'intensité de ces éventuels troubles neuropsychologiques ?
19. Durant les premières semaines post-traumatiques, une importante diminution des capacités neuropsychologiques a-t-elle été observée ?
20. Une éventuelle atteinte structurelle entraîne-t-elle chez l'assurée une répercussion fonctionnelle invalidante ?
21. De légères atrophies corticales, telle celle présente chez l'assurée, sont-elles fréquemment décrites soit dans des situations dites normales, soit en l'absence de traumatisme ?
22. En 2004, l'assurée avait-elle recouvré un état de santé physique et psychique normal ?
23. Quelle est l'évolution ou le décours des éventuels troubles psychiques de l'assurée ?
24. L'assurée a-t-elle été confrontée à des problèmes privés ou des difficultés particulières d'organisation dans sa vie de mère de famille ?

25. Le fait de passer des heures à jouer aux cartes devant son ordinateur est-il conseillé dans l'état de l'assurée ou cela entraîne-t-il une fatigue supplémentaire ?
 26. Comment décrivez-vous l'évolution actuelle des troubles de l'assurée ?
 27. Est-ce actuellement la composante psychique qui domine dans la symptomatologie ? Si oui, depuis quand ?
 28. L'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail de l'assurée est-elle en relation de causalité naturelle possible, probable ou certaine avec son accident du 27 septembre 2002 ?
 29. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
4. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation des experts nommés.
 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
 6. Réserve le fond.

Le greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le