RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/266/2021 **ATAS/53/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 30 janvier 2023

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à FERNEY-VOLTAIRE, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sébastien LORENTZ	recourante

contre

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION, sise Römerstrasse 38, WINTERTHUR	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a été engagée au 1er novembre 2014, par la société B_____SA, qui était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels de ses employés auprès de l'assurance-accidents SWICA GESUNDHEITSORGANISATION (ci-après : SWICA ou l'intimée).

b. En date du 1er juillet 2017, l'assurée a été victime d'un accident de la route ; sa voiture a été violemment percutée à l'arrière par un autre véhicule. Du 4 juillet au 25 juillet 2017, elle a été en arrêt de travail pour cause d'accident, selon les certificats médicaux signés respectivement par la doctoresse C_____ et par la doctoresse D_____. Par la suite, l'assurée a pris des vacances, du 26 juillet 2017 au 21 août 2017.

c. L'assurée s'est plainte de cervicalgies puis de lombalgies. Du 6 septembre au 11 septembre 2017, elle a fait l'objet d'un nouvel arrêt d'incapacité de travail pour raison médicale, selon certificat médical daté du 6 septembre 2017, rédigé par le docteur E_____, généraliste et spécialiste en médecine esthétique, déclarant qu'il suivait la patiente, depuis le même jour, pour burn-out « résultant du mobbing au travail dans les suites d'un accident de la route ». Elle a subi un examen IRM lombaire en date du 25 octobre 2017.

d. En date du 23 novembre 2017, le docteur F_____, neurochirurgien, a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé et lui a demandé de se rendre aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). En date du 28 novembre 2017, une intervention chirurgicale a été pratiquée par le docteur G_____, chirurgien au service de neurochirurgie des HUG.

e. En date du 25 janvier 2018, l'assurée a déposé une demande de prestation invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

f. En date du 23 février 2018, l'assurée s'est tordu le pied sur le parking extérieur de son domicile, ce qui a fait l'objet d'une nouvelle déclaration d'accident bagatelle à SWICA, en date du 27 février 2018.

g. À la suite de la constatation d'une récidive d'une hernie discale, une deuxième intervention chirurgicale a été nécessaire. Elle s'est déroulée au HUG en date du 20 avril 2018 et a été effectuée par le Dr G_____.

h. L'assurée a été licenciée par son employeur, en date du 4 juillet 2018, avec effet au 30 septembre 2018.

i. SWICA a demandé qu'une expertise pluridisciplinaire soit effectuée au Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed), qui l'a confiée au docteur H_____, spécialiste en rhumatologie FMH, et au docteur I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH.

j. L'expertise, qui s'est déroulée respectivement en date des 3 et 13 juillet 2018, a fait l'objet d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 août 2018. En conclusion, l'expert rhumatologue a considéré qu'il y avait une capacité de travail de 100 % moyennant un respect strict des limitations fonctionnelles suivantes : activités légères, en position assise de préférence, dans laquelle des changements de position toutes les quarante-cinq minutes devaient être possibles, éviter les positions en porte-à-faux du tronc et les mouvements répétitifs de flexion et d'extension du rachis, limitation du périmètre de marche à trente minutes, difficultés d'utiliser les escaliers, de grimper sur une échelle ou un escabeau, impossibilité de s'accroupir. Sur le plan psychique, l'expert a relevé les limitations fonctionnelles psychiatriques suivantes : difficultés relationnelles, soit un repli social, une hypersensibilité au stress, une anxiété et une perte de confiance vis-à-vis des employeurs en raison du harcèlement dont elle s'est sentie victime, diminution de la capacité de concentration liée aux ruminations anxieuses et dépressives, diminution de l'endurance en raison d'une importante fatigabilité. Selon l'expert psychiatre, en raison des limitations fonctionnelles décrites, l'incapacité de travail totale était encore justifiée pendant environ un mois et demi, puis une reprise à 50 % pouvait être attendue début septembre 2018, suivie d'une reprise à 100 % dès le mois d'octobre 2018 et ceci d'un point de vue strictement psychiatrique.

k. En date du 19 décembre 2018, le docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute, a délivré à l'assurée un certificat médical précisant qu'elle était suivie depuis le 4 octobre 2017 et qu'elle souffrait d'un épisode dépressif moyen (F 32.1) et de troubles anxieux sans précision (F 41.9) et prenait des antidépresseurs Deroxat, à raison de 40 mg par jour. Il considérait que sa patiente était en incapacité de travail totale, pour raison psychiatrique, depuis le 4 octobre 2017.

l. Par courrier du 8 janvier 2020, l'assurée a adressé à SWICA un courrier provenant de la compagnie d'assurances HELSANA International (ci-après : HELSANA), daté du 30 décembre 2019 et confirmant que l'obligation d'assurance-maladie en Suisse avait cessé à la fin de son contrat de travail, soit au 30 septembre 2018, et que l'assurée recevrait les factures déjà prises en charge par HELSANA au-delà de cette date, charge à l'assurée d'adresser lesdites factures à son assureur actuel, afin qu'il les prenne en charge et les rembourse. Le montant total des factures s'élevait à CHF 16'452.70. L'assurée a considéré que ces factures étaient liées à son accident du 1er juillet 2017 et les a donc adressées à SWICA en demandant à cette dernière de procéder au remboursement.

m. Par courrier du 17 janvier 2020, SWICA a demandé à l'assuré d'entreprendre des démarches d'éclaircissements.

n. Par courrier du 14 février 2020, SWICA a informé l'assurée que le dossier de son accident du 1er juillet 2017 avait été clôturé en date du 25 juin 2017 et lui a donc retourné les factures d'HELSANA portant sur des frais facturés entre le

14 septembre et le 12 novembre 2019, au motif que lesdites factures ne concernaient pas les suites de l'accident.

o. Contestant la position de SWICA, l'assurée a demandé que cette dernière rende une décision formelle.

B. **a.** Par décision du 30 septembre 2020, SWICA a confirmé que les frais facturés du 14 septembre 2018 au 12 novembre 2019 ne concernaient pas l'accident du 1er juillet 2017 et ne seraient donc pas pris en charge. Elle a adressé à l'assurée une copie du dossier.

b. Par courrier du 2 octobre 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision puis a transmis à SWICA, par courriel du 6 octobre 2021, le projet de décision de l'OAI daté du 1er octobre 2020 et qui lui reconnaissait une rente entière du 1er septembre 2018 au 31 mars 2020. À l'issue de l'instruction, l'OAI avait reconnu une incapacité de travail de 100 %, de l'assurée, dans toute activité professionnelle et ceci dès le 6 septembre 2017 (début du délai d'attente d'un an). À l'échéance du délai d'attente, soit septembre 2018, l'incapacité de gain de l'assurée se confondait avec son incapacité de travail de 100 %. Le versement de la rente avait pris fin au 31 mars 2020, après une période d'amélioration de trois mois, suite à la pleine capacité de travail de l'assurée retrouvée dès janvier 2020.

c. SWICA a transmis le dossier à sa division SWICA assurance-maladie. En effet, il existait deux dossiers concernant l'assurée, le dossier indemnités-journalières (réf. 1_____) ouvert auprès de SWICA assurance-maladie, et le dossier ouvert auprès de SWICA (assurance-accidents, réf. 2_____). SWICA a également demandé le dossier de l'OAI puis a soumis le dossier médical à son médecin consultant, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et expert SIM.

d. Le Dr K_____ s'est déterminé dans son rapport du 11 novembre 2020 et a constaté que, lors de l'événement du 1er juillet 2017, il n'y avait pas eu de lésion structurelle démontrable d'origine traumatique. Des troubles dégénératifs avaient été diagnostiqués mais le médecin estimait que l'on pouvait établir un *statu quo sine* un mois après l'événement en cause.

e. Par décision sur opposition du 27 novembre 2020, SWICA a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa précédente décision du 30 septembre 2020, en se fondant sur l'appréciation motivée et convaincante du Dr K_____ qui rejoignait celle des docteurs L_____ et E_____ ainsi que de l'expert de l'assurance responsabilité civile du responsable de l'accident. Dès lors, c'était à bon droit que SWICA avait refusé d'intervenir pour l'ensemble des traitements qui s'étaient déroulés entre le mois d'octobre 2018 et le mois de novembre 2019 et qui avaient été, à l'époque, pris en charge par HELSANA, avant que cette dernière ne constate que le contrat d'assurance-maladie avait pris fin au 30 septembre 2018 et demande à l'assurée de rembourser les frais qu'elle avait déjà pris en charge.

C. **a.** Par acte de son mandataire, déposé au guichet du greffe universel en date du 25 janvier 2021, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision sur opposition du 27 novembre 2020 de SWICA. Elle a fait valoir, en substance, que l'intimée avait profité d'une confusion, dans un même dossier, afin de limiter la prise en charge de ses prestations, qu'elle ne souffrait d'aucune maladie ou problème de mobilité avant l'accident et que, depuis lors, sa mobilité était très affectée au point qu'elle ne pouvait plus effectuer des activités physiques ou sportives. Les maux dont elle souffrait ne s'étaient pas améliorés depuis l'accident du 1er juillet 2017 ; dès lors, cela établissait un lien de causalité entre l'accident et les conséquences sur la santé de la recourante. Elle concluait préalablement, à l'appréciation de la chambre de céans, à l'appel en cause d'HELSANA, demandait son audition ainsi que celle du Dr E_____ et concluait principalement à l'annulation de la décision querellée et qu'il soit dit et constaté que la recourante remplissait les conditions afin de bénéficier des prestations souscrites auprès de l'intimée, en raison de son accident du 1er juillet 2017, à compter de cette date et jusqu'à ce jour et à venir, le tout sous suite de frais et dépens. Subsidiairement, elle concluait à l'annulation de la décision querellée et au renvoi du dossier à l'intimée avec pour consigne d'instruire le dossier dans le sens des considérants, et en particulier de prendre en compte tous les éléments du dossier de la recourante, sous suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 12 février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Sur le plan de la recevabilité, l'intimée a souligné que la décision sur opposition rendue le 27 novembre 2020 l'avait été par SWICA assurances SA et non pas par SWICA organisation de santé (SWICA GESUNDHEITSORGANISATION) et s'en remettait à justice sur ce point concernant la recevabilité du recours. Sur le fond, l'intimée a conclu qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'appréciation motivée et convaincante des Drs K_____, L_____ et E_____ et de l'expert de l'assurance responsabilité civile du responsable de l'accident. C'était donc à bon droit que l'intimée avait refusé d'intervenir pour l'ensemble des traitements, depuis octobre 2018, jusqu'à novembre 2019. L'intimée ajoutait encore que l'accident intervenu sur un parking lors duquel l'assurée s'était tordu le pied, en date du 23 février 2018, n'avait aucun rapport avec l'accident du 1er juillet 2017 et ne pouvait pas être considéré comme une rechute de cet événement.

c. Par réplique du 17 mars 2021, la recourante a reproché à l'intimée d'essayer de « mélanger » les dossiers accident dès lors qu'elle n'avait jamais remis en cause le dossier de l'accident subi à sa cheville, qui était clos depuis longtemps. Par ailleurs, les maux dont elle souffrait, depuis l'accident du 1er juillet 2017, étaient toujours identiques, ce qui illustrait le lien de causalité entre son état de santé actuel et l'événement du 1er juillet 2017.

d. Par duplique du 25 mars 2021, l'intimée s'est prononcée sur un certain nombre d'allégués de la recourante et a maintenu l'analyse qui avait été faite sur l'absence

de lien de causalité entre les troubles de la santé dont souffrait actuellement la recourante et l'événement accidentel du 1er juillet 2017. Elle a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours.

e. Par observations complémentaires, postées le 16 avril 2021, la recourante a répété son argumentation tout en rectifiant certains allégués de l'intimée.

f. Par observations du 10 mai 2021, l'intimée en a fait de même, répétant son argumentation tout en rectifiant certains allégués de la recourante.

g. En date du 25 mai 2021, la recourante a transmis des observations complémentaires à la chambre de céans et a persisté dans ses conclusions.

h. Sur convocation de la chambre de céans, les parties ont comparu en audience, en date du 25 novembre 2021.

La représentante de SWICA a déclaré que l'assurance responsabilité civile de l'auteur de l'accident, soit Pacifica, avait remboursé à SWICA les frais relatifs à l'accident, jusqu'au 14 juillet 2017, alors que SWICA avait pris en charge les frais jusqu'au 25 juillet 2017. Par la suite, c'était SWICA assurance-maladie qui était intervenue au mois de septembre 2017, considérant qu'il s'agissait d'un cas de maladie. Pour l'intimée, le cas d'accident s'était terminé le 25 juillet 2017 et les certificats d'arrêt de travail qui avaient été reçus par la suite avaient été transmis à SWICA assurance-maladie, car SWICA considérait que la cause des troubles de la santé de l'assurée étaient relatifs à une maladie et non pas à l'accident du 1er juillet 2017. À la lecture du rapport du Dr K_____, il n'y avait aucun lien entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident du 1er juillet 2017.

De son côté, la recourante a confirmé avoir envoyé tous ses certificats d'arrêt de travail à l'intimée car elle considérait qu'ils étaient tous liés à l'accident du mois de juillet 2017. Elle ne pouvait pas comprendre pourquoi l'intimée avait clôturé le dossier, qui avait été ouvert suite à l'accident, sans l'en informer. Elle précisait encore qu'elle ne s'était pas sentie écoutée par rapport à ses douleurs consécutives à l'accident, que lors de ce dernier, elle avait eu l'impression qu'elle allait mourir, qu'à son retour de vacances, son employeur s'était mal comporté à son égard et qu'elle avait essayé de trouver un sens à tout cela. Elle a ajouté qu'une action devait être introduite devant le Tribunal de grande instance de Lyon à l'encontre de l'assurance Pacifica, qui aurait dû prendre à sa charge les suites de l'accident du 1er juillet 2017. Une expertise avait eu lieu, le 2 août 2018, à Bourg-en-Bresse, à la demande de Pacifica, auprès d'un médecin généraliste. La recourante ajoutait qu'elle souffrait encore de problèmes physiques ; elle avait une abolition du réflexe achilléen et une hypoesthésie à droite ; elle souffrait d'une bursite et d'une tendinite au niveau de la hanche et de la jambe gauche et avait décidé, en septembre 2019, de stopper la prise d'antidépresseurs, avec un sevrage qui avait pris quatre à cinq mois en réduisant progressivement les doses, et ceci contre l'avis de son médecin traitant, le Dr J_____, psychiatre.

i. Les parties ont échangé des observations suite à l'audience du 25 novembre 2021. Le conseil de la recourante a transmis plusieurs rapports médicaux à la chambre de céans.

j. Par courrier du 11 mars 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, au professeur M_____, psychiatre, et au docteur N_____, rhumatologue, en leur fixant un délai pour faire valoir un éventuel motif de récusation. Les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation.

k. Un projet de mandat d'expertise a été soumis aux parties par courrier du 18 août 2022. SWICA a relevé que certaines questions sur la capacité de travail et le traitement n'étaient plus d'actualité, dès lors que la recourante avait décidé de se faire à nouveau opérer et qu'à l'appui de son courrier du 25 août 2022, elle faisait valoir que sa santé s'était dégradée et qu'une nouvelle intervention s'avérait nécessaire prochainement. SWICA relevait par ailleurs que la recourante avait repris un emploi à 100 %, depuis janvier 2020, ce qui était confirmé par le projet de décision de l'OAI du 1er octobre 2020, par ses déclarations en audience du 25 novembre 2021 et par le rapport des HUG de juin 2022. Par courrier du 12 septembre 2022, la recourante a demandé qu'il soit ajouté, dans le mandat d'expertise, que les experts devaient prendre contact avec le professeur O_____, neurochirurgien en charge d'effectuer la quatrième opération de la colonne vertébrale auprès des HUG, le professeur P_____, orthopédiste aux HUG, en charge de la cinquième opération, soit une pose de prothèse de la hanche gauche, et enfin le docteur Q_____, orthopédiste à l'hôpital de La Tour et médecin traitant de l'assuré.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles présentés par la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 1er juillet 2017 et à quelle date le *statu quo ante* peut être arrêté.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.2 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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, en revanche, 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 (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

6.3 En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de septante-deux heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de septante-deux heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

7.

7.1 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

7.2 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et

l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.3 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2 ; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

7.4 Selon la pratique du « coup du lapin », l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du « coup du lapin » – dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insegamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgestz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point

de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a ; ATF 117 V 369 consid. 4b).

7.5 Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1).

Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de « circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident » a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré et l'ayant poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 et les références).

Ce critère ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3).

Il a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références).

Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui

percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1er septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4).

Selon la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.4.1).

Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999). Il en va de même d'une collision où un motocycliste a été projeté à une dizaine de mètres du point d'impact après avoir été percuté par un véhicule automobile (arrêt du Tribunal fédéral 8C_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 5.3.1) et d'une collision frontale violente entre un scooter et une camionnette (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3).

8.

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion

médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

8.2 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

8.4 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement

fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

8.5 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8.6 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci

(cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8.7 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter

les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

11. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12.

12.1 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

12.2 Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé

subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

13. En l'espèce, les rapports d'expertise du CEMed sont contestés par la recourante, notamment sur la base des appréciations médicales de ses médecins traitants.

La recourante considère que l'assurance est de mauvaise foi et que, par conséquent, les rapports des experts qu'elle a mandatés sont forcément biaisés et manquent d'objectivité.

Le certificat émis par le Dr E_____ en date du 17 décembre 2018 évoque un burn-out suite au mobbing de l'employeur de l'assurée dans les suites de l'accident de la route du 1er juillet 2017.

Ainsi, il semble exister une certaine confusion quant au lien de causalité avec les troubles psychiques, dès lors qu'ils semblent liés, d'une part « au mobbing de l'employeur » consécutif à l'accident et d'autre part, aux circonstances « traumatisantes » de l'accident.

Dans ces conditions, au vu des considérations de la recourante à l'endroit de l'expertise mandatée par l'assurance et en tenant compte des interactions entre troubles physiques et troubles psychiques, la chambre de céans considère qu'il est nécessaire de mener des investigations supplémentaires et de mettre en œuvre une expertise judiciaire bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, pour clarifier les aspects médicaux du cas.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale de **Madame A_____**. La confie au **docteur N_____**, spécialiste FMH en rhumatologie, Centre médical T_____, à Genève et au **professeur M_____**, spécialiste FMH en psychiatrie, à Genève.

II. Dit que la mission d'expertise rhumatologique (Dr N_____) sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment la doctoresse D_____, généraliste, et les docteurs E_____, généraliste, R_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, J_____, psychiatre et psychothérapeute, F_____, neurochirurgien, O_____, neurochirurgien en charge d'effectuer la quatrième opération de la colonne vertébrale auprès des HUG, P_____, orthopédiste aux HUG, en charge de la cinquième opération, Q_____, orthopédiste à l'hôpital de La Tour et médecin traitant de l'assurée ainsi que les experts, les docteurs H_____ et I_____ du CEMed et le docteur S_____, (Bourg-en-Bresse) spécialiste en traumatologie de l'appareil crânien.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :

1. **Anamnèse détaillée.**

2. **Plaintes de la personne expertisée.**

3. **Status et constatations objectives.**

4. **Diagnostics.**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail.

4.1.1 Dates d'apparition.

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail.

4.2.1 Dates d'apparition.

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité.**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément, ce lien de causalité est-il seulement

possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

5.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. **Limitations fonctionnelles.**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.1.1 Dates d'apparition.

7. **Capacité de travail.**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8. **Traitement.**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. **Atteinte à l'intégrité.**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

10. **Appréciation d'avis médicaux du dossier.**

10.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise bi-disciplinaire des 3 et 13 juillet 2018 des Drs H_____ (rhumatologie) et I_____ (psychiatrie) ? En particulier avec les limitations fonctionnelles décrites, les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100 % dès octobre 2018 ? Si non, pourquoi ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise traumatologique du Dr S_____ (Bourg-en-Bresse) du 2 août 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés ? Si non, pourquoi ?

10.3 Êtes-vous d'accord avec le rapport médical AI du Dr J_____ (psychiatre) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 0 % dès octobre 2017 ? Si non, pourquoi ?

10.4 Êtes-vous d'accord avec le rapport médical orthopédique du Dr K_____ du 11 novembre 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation de la date du *statu quo sine* un mois après l'événement du 1er juillet 2017 ? Si non, pourquoi ?

11. **Autres facteurs.**

Suite à l'accident du 1er juillet 2017 :

11.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

11.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

11.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

11.4 Des erreurs médicales dans le traitement de la recourante se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

12. Quel est le **pronostic** ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas avec le Prof. M_____** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles.

F. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Dit que la mission d'expertise psychiatrique (Prof. M_____) sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment, la doctoresse D_____, généraliste, et les docteurs E_____, généraliste, R_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, J_____, psychiatre et psychothérapeute, F_____, neurochirurgien, O_____, neurochirurgien en charge d'effectuer la quatrième opération de la colonne vertébrale auprès des HUG, P_____, orthopédiste aux HUG, en charge de la cinquième opération, Q_____, orthopédiste à l'hôpital de La Tour et médecin traitant de l'assurée ainsi que les experts, les docteurs G. H_____ et I_____ du CEMed et le docteur S_____, (Bourg-en-Bresse) spécialiste en traumatologie de l'appareil crânien.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivantes :

1. **Anamnèse détaillée.**

2. **Plaintes de la personne expertisée.**

3. **Status et constatations objectives.**

4. **Diagnostics.**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail.

4.1.1 Dates d'apparition.

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail.

4.2.1 Dates d'apparition.

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément, ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

5.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. **Limitations fonctionnelles.**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.1.1 Dates d'apparition.

7. **Capacité de travail.**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8. **Traitement.**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

8.2 En cas de prise de traitement psychotrope et de traitement antalgique, effectuer un dosage sanguin.

8.3 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8.4 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.5 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. **Atteinte à l'intégrité.**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

10. **Appréciation d'avis médicaux du dossier.**

10.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise bi-disciplinaire des 3 et 13 juillet 2018 des Drs H_____ (rhumatologie) et I_____ (psychiatrie) ? En particulier avec les limitations fonctionnelles décrites, les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100 % dès octobre 2018 ? Si non, pourquoi ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise traumatologique du Dr S_____ (Bourg-en-Bresse) du 2 août 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés ? Si non, pourquoi ?

10.3 Êtes-vous d'accord avec le rapport médical AI du Dr J_____ (psychiatre) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 0 % dès octobre 2017 ? Si non, pourquoi ?

10.4 Êtes-vous d'accord avec le rapport médical orthopédique du Dr K_____ du 11 novembre 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation de la date du *statu quo sine* un mois après l'événement du 1er juillet 2017 ? Si non, pourquoi ?

11. **Autres facteurs.**

Suite à l'accident du 1er juillet 2017 :

11.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

11.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

11.3 Ces lésions sont-elles en rapport avec l'accident du 1er juillet 2017 et/ou avec l'attitude de l'employeur de l'expertisée (mobbing puis licenciement) ?

11.4 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

11.5 Des erreurs médicales dans le traitement de la recourante se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.6 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.7 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

12. Quel est le **pronostic** ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas avec le Dr N_____** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles.

F. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

IV. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le