

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1977, travaillait à 90% en qualité d'employée de commerce au sein de B_____ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} août 2013. À ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Vaudoise générale, compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).
2. Le 30 décembre 2013, l'assurée a été victime d'un accident de la route, lequel lui a causé une fracture complexe du bassin (une fracture de type C du bassin avec fracture des branches ilio et ischio-pubiennes à droite et fracture verticale du sacrum à gauche, une fracture basi-cervicale et sous-trochantérienne du fémur gauche), ainsi qu'une fracture extra-articulaire du radius droit, une fracture de la styloïde droite et une fracture splénique. Ces atteintes ont justifié plusieurs interventions chirurgicales, réalisées aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ainsi qu'une rééducation locomotrice à l'hôpital de Beau-Séjour.
3. L'assureur a pris en charge les conséquences de cet événement, en s'acquittant des frais médicaux et en allouant des indemnités journalières.
4. Se plaignant de troubles urinaires et fécaux apparus dans les suites de l'accident, l'assurée a également bénéficié de séances de physiothérapie périnéale.
5. Dans son rapport du 3 février 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'incapacité de travail était totale depuis la date de l'accident pour une durée de trois mois, à réévaluer.
6. Dans son rapport du 8 avril 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a mentionné qu'à la sortie de l'hôpital, l'assurée, autonome à la marche avec des cannes axillaires, devait poursuivre la physiothérapie à sec et en piscine en ambulatoire. Concernant le poignet droit, l'évolution était satisfaisante permettant une mobilisation en passif et en actif avec une charge selon les douleurs. La capacité de travail était nulle.
7. Le 7 juillet 2014, l'assurée a repris son activité habituelle à 20% (à titre thérapeutique), augmentée à 30% dès le 15 août 2014, puis à 50% à compter du 1^{er} septembre 2014.
8. Dans son rapport du 24 juillet 2014, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a écrit que l'assurée présentait une amélioration lente et continue de sa symptomatologie. Il persistait des douleurs d'origine post-traumatique au niveau sacro-iliaque gauche, du bassin et du pli de l'aîne gauche. Il persistait également une faiblesse importante du muscle moyen fessier et de la ceinture lombo-abdominale, responsable en partie d'une boiterie. Une semelle compensatrice d'une différence de longueur des membres inférieurs avait été mise

en place. L'assurée continuait la physiothérapie à raison de trois fois par semaine ainsi que des auto-exercices.

9. À compter du 6 octobre 2014, l'assurée a augmenté son taux de travail à 60%, avant de le réduire à nouveau à 50% dès le 14 octobre 2014 en raison d'une aggravation de ses douleurs. Elle a repris à 60% depuis le 24 novembre 2014.
10. Du 24 février au 18 mars 2015, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans son rapport du 25 mars 2015, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a observé à l'entrée, une douleur au niveau de la symphyse pubienne, au niveau du grand trochanter, au niveau du pli de l'aîne gauche, ainsi qu'au niveau de la sacro-iliaque gauche. Le poignet droit était également douloureux à la palpation. Durant son séjour, l'assurée a bénéficié de séances en physiothérapie, ergothérapie (pour la prise en charge spécifique de la main) et psychiatrie.

Dans son consilium psychiatrique, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a noté que l'assurée décrivait une souffrance psychique fluctuante en fonction des éléments de surcharge et des douleurs, un caractère anxieux, une tendance à la dramatisation et un besoin de contrôle en lien avec sa santé, son travail et ses relations avec ses enfants. Elle signalait un trouble de l'endormissement et la continuité du sommeil entraînant une fatigue matinale. Elle ne prenait aucun psychotrope. Il n'était pas rapporté de phénomène de reviviscence ni d'élément spécifique d'un état de stress post-traumatique. La praticienne a posé le diagnostic de probable anxiété généralisée (F41.1). L'assurée avait pu profiter d'entretiens de suivi avec le psychologue clinique et être soutenue par rapport à ses préoccupations médicales. Ainsi, rassurée sur le plan physique, elle avait retrouvé un certain sentiment de contrôle. Elle n'avait pas souhaité la mise en place d'un suivi psychothérapeutique ambulatoire, estimant être suffisamment confiante dans ses ressources actuelles. Elle avait néanmoins reçu une médication pour les troubles du sommeil, à réévaluer ultérieurement.

Dans son rapport de physiothérapie, Madame H_____, a observé que l'assurée restait limitée par la douleur, ce qui expliquait la présence de mouvements compensatoires lors de la marche. Elle ne boitait par contre plus autant qu'auparavant et ne se tenait plus à la barrière pour monter ou descendre les escaliers.

Dans son rapport d'ergothérapie, Madame I_____, a constaté une rapide progression de la main droite qui avait repris son rôle de main dominante. La force était meilleure. Il persistait une légère hypoesthésie de la face palmaire du poignet mais qui n'était pas gênante pour les activités de la vie quotidienne. L'assurée allait poursuivre la désensibilisation vibratoire à domicile.

Sur cette base, la CRR a noté qu'à la sortie, l'assurée présentait une amélioration de la marche avec augmentation du périmètre de marche, ainsi qu'une nette amélioration de la sensibilité et de la mobilité du poignet droit. Aucun diagnostic

n'a été posé sur les plans orthopédique et neurologique, mais une anxiété généralisée sur le plan psychiatrique. Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient la station debout prolongée, le port de charges, le terrain irrégulier, la montée et descente d'échelles, et les positions contraignantes (accroupissement et position à genoux). Il existait des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles (caractère anxieux, tendance à la dramatisation et besoin de contrôle). La situation n'était ainsi pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie en ambulatoire pourrait permettre d'améliorer les aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois mois. En ce qui concerne le cal vicieux du petit trochanter, si la survenue d'épisodes de douleurs aiguës invalidantes se poursuivait à deux ans du traumatisme, l'indication à une intervention chirurgicale de résection pourrait se discuter.

Enfin, le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était favorable. La reprise devait être progressive, d'abord à 25%, puis à 50% après une semaine, afin de permettre à l'assurée une meilleure intégration sur le plan professionnel. Ainsi, la CRR a retenu les incapacités de travail suivantes : 100% durant le séjour ; 75% du 1^{er} avril au 7 avril 2015 ; et 50% dès le 8 avril 2015, puis à réévaluer.

11. La doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et médecin traitant, a ensuite prolongé à maintes reprises l'incapacité de travail à 50%.
12. Dans son rapport du 11 août 2015, la Dresse J_____ a relevé que sur le plan physique, la situation était stable, mais l'assurée avait développé un probable choc psychologique post-traumatique pour lequel elle avait débuté un suivi psychiatrique auprès du docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce diagnostic n'influait toutefois pas la capacité de travail de l'assurée, évaluée à 50%. La patiente poursuivait la physiothérapie et un traitement antalgique. Elle se plaignait de douleurs chroniques avec des crises aiguës au niveau lombaire bas et de son bassin, ainsi qu'au niveau de son pli de l'aîne gauche, empêchant une position assise prolongée. Elle signalait également des douleurs au niveau du poignet droit et cervicales.
13. Par courrier du 1^{er} septembre 2015, adressé à la CRR, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil, a estimé que les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport de mars 2015 n'empêchaient pas une augmentation de la capacité de travail au-delà de 50% dans l'activité habituelle. Or, la Dresse J_____ justifiait la poursuite de l'incapacité de travail à 50% par des douleurs chroniques du bassin, du poignet droit et de l'aîne gauche, empêchant une position assise prolongée. Cette limitation fonctionnelle n'avait pourtant pas été relevée lors du séjour à la CRR. La praticienne mentionnait également des douleurs lombaires basses et cervicales, lesquelles étaient, selon le médecin-conseil, difficiles à mettre en rapport de causalité avec l'accident. Dès lors que la CRR comptait avec une stabilisation

médicale à trois mois de la sortie, la CRR était invitée à réexaminer l'assurée afin d'apprécier l'évolution.

14. Dans son rapport du 9 septembre 2015, le Dr K_____ a diagnostiqué une anxiété généralisée. L'assurée, angoissée, se plaignait de peurs multiples et scénarios catastrophes. Elle était sur le qui-vive toute la journée. Le médecin a observé une anxiété anticipatoire, des idéations obsédantes congruentes à l'anxiété et des signes neurovégétatifs d'anxiété. Elle prenait des médicaments (Cipralax, Xanax), à réévaluer dans six semaines.
15. Par courrier du 16 octobre 2015, la CRR a répondu au Dr L_____ qu'il y avait effectivement lieu de refaire un bilan pluridisciplinaire. Il convenait donc de réadmettre l'assurée pour un séjour d'une semaine en vue d'une évaluation globale des limitations fonctionnelles.
16. Du 2 au 8 décembre 2015, l'assurée a séjourné à la CRR où elle a notamment suivi une prise en charge en physiothérapie et psychiatrie, puis participé à des ateliers professionnels.

L'observation aux ateliers professionnels a permis de constater que l'assurée pouvait œuvrer durant quatre heures consécutives dans diverses activités légères, en position assise prolongée. Il n'y avait pas de limitation physique en dehors de l'épisode des vertiges et nausées devant le plateau tournant. Étaient en outre relevés la faiblesse de la qualité du travail et le nombre d'erreurs réalisées sur les différentes activités simples.

L'ultrason de la hanche gauche n'a pas mis en évidence de bursite de l'ilio-psoas gauche ni aux périhanches, mais un important remaniement du cotyle. Il n'y avait pas de déchirure ou de collection aux adducteurs gauches. Une tendinopathie des adducteurs n'était pas exclue.

Dans son rapport de physiothérapie, Madame M_____ a indiqué qu'à l'issue du séjour, l'assurée parvenait à s'accroupir et à s'agenouiller. Elle montait et descendait les escaliers sans difficulté, marchait sans boiterie et faisait du « home trainer ».

Le 4 décembre 2015, l'assurée a été examinée par le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie. L'assurée se plaignait d'une douleur principale en haut de la fesse et dans la région sacrée à gauche. La douleur s'accompagnait souvent d'une douleur dans l'aîne à gauche, accentuée par la pression locale, par la position assise et la marche prolongées. Elle s'accompagnait le matin par la sensation d'avoir une barre transversale dans le bas du dos et une raideur matinale qui cédait après quelques minutes. Une douleur similaire était parfois ressentie dans la fesse droite. Elle éprouvait également une douleur dans le pli de l'aîne gauche, que l'assurée mettait en relation avec une irritation du tendon du muscle psoas par l'os, une douleur à la symphyse pelvienne lors de l'écartement des jambes, une douleur occasionnelle dans la région dorsale moyenne entre les omoplates. Trois fois par année environ, la douleur de la fesse

gauche et de l'aine du même côté pouvait être très violente (EVA 7 à 8/10) avec pour conséquence l'impossibilité de lever la jambe et le besoin de cannes anglaises durant quelques jours. Il y avait aussi parfois une décharge électrique dans la région sacrée droite qui pouvait apparaître aussi bien debout qu'assise. L'assurée indiquait qu'elle n'était pas en mesure d'augmenter son taux de travail (actuellement à 50%) du fait d'un état de fatigue, de l'intolérance à la position assise prolongée, de troubles du sommeil et d'un besoin de temps pour effectuer les thérapies.

Le 7 décembre 2015, a été réalisée la radiographie des articulations sacro-iliaques, de la colonne vertébrale, du sacrum et du bassin. La colonne lombaire ne présentait pas d'anomalie du mur postérieur ni de fracture-tassement. Il existait une discrète hyperlordose, mais pas de rétrécissement des trous de conjugaison à l'exception d'un aspect rétréci L5-S1. Il y avait une coxarthrose gauche associée à un aspect remanié de la région métaphyso-diaphysaire proximale de l'os fémoral gauche dû au status post-traumatique connu, une image d'ossification partant du petit trochanter et un début d'arthrose sacro-iliaque droite.

Dans son consilium de l'appareil locomoteur, le Dr N_____ a relevé que l'assurée, en bon état général, se déplaçait sans boiterie et ne montrait aucun signe d'intolérance durant l'entretien en position assise de trente minutes. Les mouvements cervico-céphaliques accompagnaient harmonieusement la conversation. Il n'y avait pas de limitation visible de la mobilité cervicale. L'inclinaison lombaire gauche et l'extension combinée à l'inclinaison et à la rotation gauche étaient moins amples que du côté droit et provoquaient une douleur lombo-fessière gauche. L'accroupissement profond était réalisé prudemment. La percussion dorso-lombaire était sensible entre les omoplates, à la jonction lombo-sacrée et sur le sacrum à gauche. La musculature lombaire gauche était sensible à la palpation. Étaient observées une vive douleur à la palpation des ligaments ilio-lombaires et des structures musculaires s'insérant sur les crêtes iliaques, davantage à gauche, ainsi qu'une vive douleur à la palpation en regard de l'articulation sacro-iliaque gauche. Le coccyx était indolore. L'imagerie lombaire avait montré, en ce qui concernait le rachis lombaire, une non-consolidation de l'apophyse transverse gauche de L5 et une discrète scoliose lombaire basse gauche. La tête fémorale gauche se projetait 12 mm plus bas que la droite.

Le médecin a posé les diagnostics suivants : une dorsalgie commune, un discret trouble statique et une non-consolidation de la fracture de l'apophyse transverse L5 gauche.

Les plaintes lombo-sacrées et fessières, ainsi qu'inguinales gauches étaient en rapport avec les suites du traumatisme du bassin et du fémur proximal gauche. Les documents d'imagerie à disposition mettaient en évidence une fracture de l'apophyse transverse L5 gauche (actuellement non consolidée avec fragment corticalisé), la fracture du sacrum à gauche (consolidée), les fractures de la partie antérieure de l'anneau pelvien (consolidées); la fracture complexe multi-fragmentaire proximale du fémur gauche laissait une petite tubérosité déplacée vers

le haut et rattachée au reste du fémur par un gros pont osseux. Les radiographies lombaires actuelles ne montraient aucune anomalie significative sur le plan clinique. Les remaniements suite à ce fracas laissaient une douleur sacrée et fessière gauche, ainsi que des douleurs inguinales dont l'origine était probablement à la fois locale (pour la petite tubérosité) et référée (à partir de la région sacro-iliaque). Les douleurs dorsales avaient un caractère non spécifique. Le scan du 30 décembre 2013 n'ayant rien montré de significatif dans ce segment vertébral (quelques hernies de Schmorl), aucune autre investigation en l'absence de « red flags » n'était proposée. Ainsi, en l'état, aucune pathologie rachidienne significative n'était à retenir.

Le 8 décembre 2015, l'assurée a été examinée par la doctoresse O_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, en raison de ses troubles vésico-sphinctériens. Ce médecin a rappelé qu'en post partum, l'assurée avait développé une incontinence urinaire d'effort, qui s'était ensuite améliorée. Après l'accident, elle avait porté une sonde urétrale à demeure, retirée un mois après, afin de faciliter les mictions volontaires. Par la suite, elle avait développé des mictions impérieuses et une incontinence urinaire par impériosité. Elle avait bénéficié d'une physiothérapie du plancher pelvien avec une amélioration partielle de la symptomatologie. Afin d'évaluer le comportement vésico-sphinctérien, la Dresse O_____ a recommandé d'effectuer une débitmétrie de contrôle, avec un bilan urodynamique en cas de débitmétrie pathologique. Un ENMG du plancher pelvien pourrait être indiqué pour exclure une atteinte radiculaire ou plexique sacrée.

Dans son consilium psychiatrique, la doctoresse P_____, chef de clinique du service de psychosomatique, a mentionné que l'assurée se plaignait d'un état de fatigue important qui fluctuait en fonction des crises de douleurs au niveau du pli de l'aîne. Elle ressentait dans ces moments un important état d'abattement avec une exacerbation des angoisses, des schémas anxieux d'anticipation et une aggravation de ses vertiges. Elle avait l'impression de devenir de moins en moins combative, de s'épuiser dans sa capacité à faire face à ses difficultés. Elle décrivait des sentiments de détachement et d'indifférence face à ses proches et à sa famille, une diminution nette des sentiments de plaisir et des difficultés de plus en plus importantes à mobiliser sa capacité de motivation. Elle signalait également un épisode de crise d'angoisse majeure l'ayant empêchée d'aller travailler et qui avait nécessité l'introduction d'un traitement de Xanax en réserve.

La Dresse P_____ a observé que l'assurée présentait une excellente capacité d'élaboration et d'introspection. Elle reconnaissait spontanément ses difficultés tout en minimisant leur impact sur la vie quotidienne. Sur le plan cognitif, aucune particularité ni signe de déficit pouvant entraver le bon déroulement de l'entretien n'a été relevé. Sur le plan de l'humeur, la thymie était abaissée, les affects se modulaient peu, le discours exprimait régulièrement les sentiments de résignation et de perte d'espoir, mais sans idées noires, ni idéation suicidaire. Le sommeil était

perturbé mais sans phénomène de reviviscence et aucun élément spécifique d'un état de stress post-traumatique n'était relevé. Sur le plan anxieux, il existait une importante tendance à la catastrophisation, un besoin majeur de contrôle et d'organisation, un sentiment de danger omniprésent avec l'impression d'être en mode survie en permanence, ainsi que des symptômes évocateurs d'un trouble panique avec plusieurs épisodes survenus en quelques mois.

Les diagnostics retenus étaient un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et une probable anxiété généralisée (F41.1). Le médecin a conclu que la persistance des limitations fonctionnelles et des douleurs renforçait le sentiment d'impuissance à pouvoir surmonter ses difficultés et à réintégrer pleinement son poste de travail. Ce sentiment d'échec renforçait l'anxiété et il existait un lent glissement vers une symptomatologie mixte, anxieuse et dépressive. Les troubles psychiques (fatigabilité accrue, troubles de la concentration et de l'attention, augmentation des sentiments d'angoisse, instabilité sur le plan émotionnel) contribuaient pour une moindre mesure à l'incapacité de travail partielle encore présente. Les ressources de l'assurée s'épuisaient et le risque était important d'une décompensation dépressive si l'exigence face à une augmentation du temps de travail devait être prononcée. La poursuite psychiatrique et psychothérapeutique était vivement recommandée.

Sur cette base, dans son rapport du 15 janvier 2016, la CRR a posé les diagnostics suivants : sur le plan orthopédique, une coxarthrose gauche post-traumatique et un début d'arthrose sacro-iliaque droite et sur le plan psychiatrique, un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, ainsi qu'une probable anxiété généralisée. La palpation des poignets et des doigts était indolore. Au cours du séjour, l'assurée avait été vue par le chirurgien orthopédiste consultant, lequel proposait une excision à visée antalgique du bâton osseux du petit trochanter, par abord antérieur. Pour les douleurs postérieures, une consultation en antalgie afin de discuter d'une éventuelle infiltration de désensibilisation des nerfs de la région ilio-lombaire et sacrale supérieure était proposée. Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient : les positions statiques prolongées (nécessité d'alterner les positions et de faire de nombreuses pauses), port de charges supérieures à 5-10 kg, marche sur terrain irrégulier, monter et descendre une échelle, activités accroupies et à genoux.

La situation était stabilisée d'un point de vue médical. Le pronostic de poursuite de l'activité habituelle était favorable. La capacité de travail était toutefois significativement limitée en raison des limitations fonctionnelles liées aux conséquences du traumatisme. En outre, les troubles psychiques contribuaient pour une moindre mesure à l'incapacité de travail partielle.

17. Par courrier du 2 mars 2016, adressé à l'assureur, l'employeur a indiqué que le rendement de l'assurée correspondait bien à un 50% (dix-huit heures par semaine), mais qu'elle avait un temps de présence de 55% (vingt heures par semaine), en raison de ses problèmes de concentration qui ne lui permettaient pas d'accomplir

les tâches correspondant à son taux de capacité dans le temps imparti. Ses douleurs constantes l'obligeaient à prendre des pauses plus fréquentes, ce qui avait pour conséquence de ralentir son rythme de travail.

18. Dans les certificats médicaux ultérieurs, la Dresse J_____ a attesté une capacité de travail de 55%, mais avec un rendement de 50%.
19. Par courrier du 26 avril 2016, l'assureur a demandé aux HUG de bien vouloir effectuer une débitmétrie de contrôle, le cas échéant, un bilan urodynamique, ainsi qu'un ENMG du plancher pelvien, et d'examiner la sévérité de l'atteinte.
20. Invité par l'assureur à statuer sur les limitations fonctionnelles orthopédiques, sur leurs répercussions sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, sur le lien de causalité et sur l'éventuel droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dans son rapport du 28 avril 2016, le Dr L_____ a noté que le discret trouble statique et la non-consolidation de la fracture de l'apophyse transverse L5 gauche n'avaient cliniquement aucune importance. En ce qui concernait la coxarthrose gauche, celle-ci ne pouvait pas être post-traumatique, puisque la fracture du bassin s'étendait aux branches ilio et ischio-pubiennes et qu'elle ne concernait pas l'acétabulum. En outre, la fracture du fémur gauche, principalement sous-trochantérienne, ne concernait ni la tête fémorale ni la partie proximale du col fémoral. Dans ces conditions, le rapport de causalité entre la coxarthrose gauche modérée et l'accident n'était pas donné. Une intervention chirurgicale au niveau de l'ossification de l'ilio-psoas n'était médicalement pas indiquée. L'abord chirurgical de cette ossification serait difficile avec risque opératoire et nécessiterait la désinsertion du psoas, puisque l'insertion de celui-ci était ossifiée avec ensuite impossibilité de le réinsérer. À l'instar de la CRR, la situation médicale était stabilisée.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr L_____ a fait siennes celles retenues par la CRR. La fracture du bassin droit (réduite et stabilisée), la fracture comminutive basi-cervicale et sous trochantérienne du fémur gauche avec bascule du bassin, la fracture apophyse transverse L5 gauche, et la fracture du poignet droit se trouvaient en rapport de causalité avec l'accident. Les diagnostics posés n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. Seule la position statique prolongée retenue à titre de limitation fonctionnelle pourrait avoir une influence dans l'activité exercée. Les observateurs de la CRR évoquaient une nécessité d'alterner les positions et de faire de nombreuses pauses, alors que les conclusions des ateliers professionnels ne relevaient pas de limitation physique hormis les épisodes de vertiges et de nausées. L'utilisation d'un bureau ergonomique avec possibilité de le monter et le descendre régulièrement permettrait le changement régulier de position. Dans ces conditions, il n'existait aucune limitation de la capacité de travail dans l'activité habituelle. Quant à l'atteinte à l'intégrité, les lésions subies ne donnaient pas droit à une telle indemnité. La table spéciale de la SUVA 5.2 ne prévoyait pas d'indemnité en cas d'arthrose sacro-iliaque. Par ailleurs, les fractures du fémur et du poignet consolidées, ainsi que la fracture

splénique sous capsulaire guérie sans splénectomie n'entraînaient pas non plus d'atteinte à l'intégrité.

21. Invité par l'assureur à statuer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident, ainsi que sur la capacité de travail de l'assurée afférente aux autres affections non orthopédiques, dans son rapport du 3 mai 2016, le docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et médecin-conseil, a noté, en ce qui concernait les troubles au niveau sphinctérien, qu'il y avait lieu, au vu du rapport de la CRR, d'organiser les examens préconisés afin d'examiner la sévérité de l'atteinte et de pouvoir se prononcer ensuite sur le lien de causalité. Cela étant, la pathologie, bien que gênante, n'influençait pas la capacité de travail de l'assurée qui exerçait une activité professionnelle sédentaire lui permettant, en cas d'urgence, d'utiliser les toilettes se trouvant à proximité.

S'agissant des troubles vestibulaires, le médecin a rappelé qu'à la suite de son accouchement en juin 2010, l'assurée avait présenté une longue incapacité de travail suite à une neurotonie vestibulaire, des acouphènes, un déficit chochléo-vestibulaire persistant ainsi qu'un hydrocs secondaire. Un drain tympanique avait été mis en place en mars 2011. Une opération de la fistule de l'oreille gauche avait eu lieu en avril 2013 et une labyrinthectomie avait été réalisée en mai 2013. L'expertise neurologique en avril 2012 avait conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 80-100% dans une activité extrêmement simple. L'expertise effectuée par le spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) concluait à une capacité de travail de 50% dans toute activité. Dans le cadre de cette maladie, l'assurée avait déposé une demande de prestations AI, mais y avait renoncé lorsqu'elle avait trouvé son nouvel emploi auprès B_____ à 90%. Compte tenu des rapports d'expertises neurologiques et ORL, selon le Dr Q_____, la capacité de travail de l'assurée était déjà largement limitée (50%) lors de l'accident.

Quant aux troubles psychiques, il convenait de mandater un expert psychiatre afin qu'il évalue le lien de causalité naturelle entre lesdits troubles et l'accident, ainsi que l'influence de cette pathologie sur la capacité de travail.

22. Le 9 mai 2016, l'assureur a communiqué à l'assurée les rapports des Drs L_____ et Q_____, et l'a informée de la mise sur pied d'une expertise psychiatrique le 6 juin 2016 auprès du docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'assurée disposait d'un délai de trois semaines pour formuler d'éventuelles objections quant au choix de l'expert, et le cas échéant, poser par écrit toute question complémentaire. À cette fin, une copie du questionnaire d'expertise lui a été remise.
23. Le 27 mai 2016, l'assurée a signalé à l'assureur qu'elle n'avait pas d'objection à formuler quant au choix de l'expert psychiatrique. Elle lui a en outre soumis des questions complémentaires.
24. Le 31 mai 2016, l'assureur a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, fixée au 2 août 2016, auprès du docteur S_____, spécialiste FMH en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de trancher tous les aspects de cette affaire de manière complète. Un délai de trois semaines lui était accordé pour formuler d'éventuelles objections quant au choix de l'expert et, le cas échéant, poser toute question complémentaire.

25. Le 10 juin 2016, l'assurée a contesté la nomination du Dr S_____, au motif que celui-ci fonctionnait en qualité de médecin-conseil d'un important assureur de la place et qu'il était régulièrement amené à mettre en œuvre des expertises. En outre, la jurisprudence en matière de désignation consensuelle de l'expert n'avait pas été respectée. Elle a ainsi demandé que l'expertise soit confiée à un autre expert et a formulé, pour ce faire, trois contre-propositions. Elle a enfin soumis trois questions complémentaires au futur expert et invité l'assureur à rendre une décision formelle s'il maintenait sa position.
26. Le 20 juin 2016, l'assureur a confirmé son intention de confier le mandat d'expertise au Dr S_____, considérant qu'aucun motif de récusation n'était valablement allégué, si bien qu'il n'y avait pas lieu de rendre une décision incidente. Ainsi, l'expert désigné, certifié SIM (Swiss Insurance Medicine), ne serait pas remplacé par les experts proposés. L'assurée disposait d'un délai de réflexion au 4 juillet 2016 pour accepter de se rendre à cet examen et était rendue attentive aux conséquences juridiques en cas de refus de collaboration.
27. Le 24 juin 2016, l'assurée s'est opposée à la désignation de l'expert ainsi qu'à la réalisation de toute expertise orthopédique, arguant que celle-ci avait pour but de « renverser l'avis de la CRR, qui sembl[ait] déplaire ». Elle a exigé qu'une décision formelle soit rendue si l'assureur ne changeait pas sa position.
28. Par décision incidente du 28 juillet 2016, l'assureur a maintenu l'expertise orthopédique auprès du Dr S_____ ; aucun motif ne permettait de mettre en doute son objectivité, sa neutralité, son impartialité ou ses qualifications professionnelles. L'assurée ne disposait pas d'un droit de veto quant au choix de l'expert. Il revenait à l'assureur social de trancher ce point. En outre, le second séjour stationnaire réalisé du 2 au 8 décembre 2015 auprès de la CRR avait pour but de déterminer l'évolution de l'ensemble des pathologies post-traumatiques depuis la sortie dudit établissement en mars 2015. Il ne s'agissait pas d'une expertise médicale complète ; les questions de causalité, du taux de capacité de travail raisonnablement exigible dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que l'éventuel droit à une indemnité pour atteinte à l'intégralité n'avaient pas été tranchés.
29. Le 12 août 2016, le Dr R_____ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique.
30. Par acte du 13 septembre 2016, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, recouru contre la décision incidente, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, principalement, au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle accorde les prestations de l'assurance-accident obligatoire, après un complément d'expertise auprès de la CRR si nécessaire, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire, voire très

subsidiatement, une nouvelle expertise orthopédique auprès d'un expert choisi d'un commun accord.

Elle a, en premier lieu, fait valoir que l'intimée cherchait à obtenir une « second opinion » alors que l'état de fait était déjà instruit, ce qui était inadmissible au regard de la jurisprudence. À la demande de l'intimée, elle s'était soumise à une évaluation pluridisciplinaire, ayant nécessité une hospitalisation d'une semaine, auprès de la CRR. Dans son rapport, cette dernière s'était prononcée sur la causalité ainsi que sur la capacité de travail exigible tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. En outre, son état de santé était considéré comme stabilisé. Seule l'atteinte à l'intégrité corporelle n'avait pas été examinée, puisque l'intimée n'avait pas posé au préalable cette question. Dès lors que celle-ci pouvait statuer sur la base de l'expertise indépendante de la CRR, il lui appartenait, le cas échéant, de s'enquérir auprès de cet établissement pour d'éventuels renseignements complémentaires, tels que l'atteinte à l'intégrité et la détermination de la capacité de travail en pourcents, la CRR ayant chiffré la capacité de travail résiduelle en heures. Cette mesure d'instruction permettrait, de surcroît, de déterminer la nécessité ou pas d'une nouvelle expertise.

Ensuite, la recourante a invoqué la violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimée - en imposant le choix d'un expert, lequel avait été désigné par le médecin-conseil - avait contrevenu aux exigences jurisprudentielles en matière de nomination consensuelle de l'expert. Ses objections matérielles étaient au demeurant justifiées ; la désignation par le médecin-conseil d'un expert qui intervenait également en tant que médecin-conseil d'un autre assureur, domicilié dans le même canton, ne garantissait pas la bonne administration de la justice sociale. Si, par impossible, une nouvelle expertise s'imposait, il y avait lieu, au vu des symptômes manifestés, de mettre sur pied une expertise bidisciplinaire, comprenant les volets orthopédique et neurologique.

Subsidiatement, une audience de comparution personnelle des parties s'avérait indispensable pour déterminer l'étendue de l'éventuelle nouvelle expertise et du choix du (des) expert(s), afin de réparer la violation du droit d'être entendue. À cette occasion, le Dr L_____ devrait également être entendu sur ses motivations à vouloir confier l'expertise au seul Dr S_____.

31. Dans sa réponse du 6 décembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'expertise orthopédique était justifiée ; les évaluations de la CRR lors du premier séjour de réhabilitation du 24 février au 18 mars 2015, puis lors du second séjour du 2 au 8 décembre 2015, lequel avait pour but d'apprécier l'évolution de la recourante depuis sa dernière sortie, ne constituaient pas des expertises, mais des mesures médicales. La CRR n'avait pas agi en tant qu'expert ; aucun dossier ne lui avait été adressé et aucune question particulière ne lui avait été posée. La mise en œuvre des expertises était nécessaire, notamment pour le volet orthopédique, afin d'éviter ultérieurement la remise en cause du rapport du Dr L_____, médecin-conseil, du 28 avril 2016, dans lequel il avait émis un avis défavorable, basé uniquement sur le

dossier, en considérant que la recourante ne présentait pas de limitation de la capacité de travail dans son activité professionnelle et qu'aucune atteinte à l'intégrité n'était à retenir.

Quant au choix de l'expert, le Dr S_____ n'avait pas été désigné par le médecin-conseil, lequel avait été consulté uniquement sur le principe d'une expertise orthopédique. Le fait que l'expert désigné soit médecin-conseil d'une autre compagnie d'assurances ou régulièrement chargé par les compagnies d'assurance d'établir des expertises ne constituait pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à son manque d'objectivité et à sa partialité. En l'absence d'autres motifs de récusation, il ne se justifiait pas d'écarter ou de remplacer le Dr S_____ par un médecin proposé par la recourante. Enfin, l'audition des parties était superflue, dès lors qu'en cas de désaccord entre les parties sur le choix de l'expert, la jurisprudence n'imposait pas à la juridiction cantonale de désigner elle-même un expert ou de tenter de concilier les parties à ce sujet, si bien qu'a fortiori il ne lui incombait pas de se prononcer sur les questions à soumettre à l'expert, ni d'établir un questionnaire ou un questionnaire complémentaire.

32. Dans sa réplique du 7 février 2017, la recourante a relevé que le second séjour à la CRR avait pour but d'évaluer sur le plan médical l'incapacité fonctionnelle définitive. Ainsi, même si la CRR ne s'était pas vu adresser un questionnaire au sens formel du terme, sa mission était en tout point comparable à celle d'un expert. Elle a répété que l'intimée visait à obtenir un deuxième avis, plus favorable à ses intérêts que celui exprimé par les médecins de la CRR, et ainsi à appuyer et consolider la position de son médecin-conseil, évoquée dans son rapport du 28 avril 2016.

Ensuite, la recourante a argué que la jurisprudence citée par l'intimée, pour soutenir que le simple fait de désigner un expert qui intervenait en tant que médecin-conseil d'une autre compagnie d'assurance ne suffisait pas pour le récuser, n'était d'aucun secours ; dans l'arrêt 8C_541/2014 du 17 février 2015, le Tribunal fédéral, qui avait résumé l'avis exprimé dans cette affaire par la juridiction cantonale, n'avait pas pris position sur cette question, le recours ayant été considéré comme irrecevable, et dans l'arrêt 8C_112/2010 du 17 août 2010, la question n'avait pas été tranchée. En outre, l'intimée n'avait jamais indiqué la raison pour laquelle les experts offerts par la recourante, laquelle n'avait du reste pas été invitée à formuler des propositions quant au choix de l'expert, ne convenaient pas. À aucun moment, l'intimée n'avait cherché le consensus ou le dialogue concernant le choix de l'expert orthopédique.

Sur cette base, la recourante a persisté dans ses conclusions et relevé qu'une audience de comparution personnelle des parties était nécessaire pour réparer la violation de son droit d'être entendue et permettre une discussion quant au choix de l'expert. À cette occasion, il y avait lieu d'entendre le Dr S_____ afin qu'il explique l'ampleur et l'importance de son activité d'expert, respectivement de médecin-conseil d'un autre assureur. Enfin, la recourante a pris acte du fait que le

Dr L_____ n'avait pas participé au choix de l'expert, et a ainsi renoncé à son audition.

33. Dans sa duplique du 6 mars 2017, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle a relevé qu'il était inhabituel qu'un assureur se voie reprocher des mesures d'instruction qui étaient destinées à compléter la position du médecin-conseil, basée uniquement sur le dossier. L'évaluation fonctionnelle effectuée par la CRR constituait un bilan et non une expertise, laquelle avait pour but de trancher les questions telles que la causalité ou la capacité de travail. Or, le taux d'incapacité de travail n'était pas fixé en l'occurrence. Par ailleurs, selon l'intimée, en l'absence d'accord sur le choix de l'expert, l'assureur tranchait en dernier ressort et il n'avait pas à justifier les motifs pour lesquels il ne donnait pas une suite favorable aux contre-propositions offertes. À cet égard, il était surprenant que la recourante conteste la désignation du Dr S_____, en tant que médecin-conseil d'un autre assureur LAA, soit le Groupe Mutuel, dans la mesure où dans son courrier du 10 juin 2016, elle proposait, entre autres, de choisir le Dr T_____, également médecin-conseil du Groupe Mutuel.

Enfin, l'intimée a répété que, dans le cadre d'un recours incident relatif à la désignation d'un expert, le tribunal était incompétent pour ordonner lui-même une expertise ou un complément d'expertise, ou pour désigner un expert. Elle a réitéré son opposition à la tenue d'une audience, notamment à l'audition du Dr S_____ ; le rôle d'un médecin-conseil dans une assurance était connu et, selon la jurisprudence, le nombre de mandats d'expertise qui lui étaient éventuellement confiés ne constituait pas un motif de récusation.

34. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-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 LAA n'y déroge expressément
3. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42

consid. 2.1). Les décisions préjudicielles et incidentes désignent toutes les décisions qui ne mettent pas un terme à la procédure et qui ne sont dès lors ni des décisions finales, ni des décisions partielles (ATF 133 V 477 consid. 4.1.3).

Selon l'art. 92 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF - RS 173.110), les décisions préjudicielles et incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur la compétence ou sur une demande de récusation peuvent faire l'objet d'un recours (al. 1). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (al. 2). Les art. 45 et 46 de la loi sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) prévoient les mêmes conditions de recours s'agissant des décisions administratives. Sur le plan cantonal, l'art. 57 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) dispose que sont susceptibles d'un recours les décisions finales (let. a); les décisions par lesquelles l'autorité admet ou décline sa compétence (let. b); les décisions incidentes, si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. c).

Dans un arrêt de principe portant notamment sur les droits de participation des assurés lors de la désignation d'un expert, le Tribunal fédéral a admis que selon une interprétation conforme à la Constitution (Cst. – RS 101) et à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH – RS 0.101) de la notion de préjudice irréparable en tant que condition de recevabilité d'un recours, cette condition doit être considérée comme réalisée s'agissant d'une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7).

b. Interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56 et suivants LPGA, le recours du 13 septembre 2016, contre la décision incidente du 28 juillet 2016, portant sur la mise en œuvre d'une expertise, est recevable, compte tenu de la suspension du délai du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de soumettre la recourante à une expertise orthopédique, ainsi que sur le choix de l'expert devant procéder à cette expertise.
5. À teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (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).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

Cela étant, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (« second opinion ») sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelle mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2).

La nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise découle ainsi du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2; U.571/06 du 29 mai 2007 consid. 4). Dans le domaine des assurances sociales, la tâche de l'expert consiste avant tout à porter un jugement sur l'état de santé de l'expertisé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 136 III 161 consid. 3.4.2).

En particulier, lorsque, 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

Toutefois, l'administration doit se laisser guider par les principes de l'état de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe de l'administration rationnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et les références citées). Ainsi notamment, avant de se déterminer en faveur d'une nouvelle (deuxième) expertise médicale, l'administration doit tout d'abord examiner, si un complément d'instruction moins onéreux, pourrait satisfaire l'exigence d'une constatation des faits suffisante, avant d'avoir recours, de facto, à une nouvelle expertise médicale (voir arrêt du Tribunal administratif fédéral C-504/2011 du 21 mai 2012 consid. 2).

6. a. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n. U 369 p. 104 consid. 2b ; 1996 n. U 265 p. 294 consid. 3c).

À l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 par. 1 CEDH; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4) et dans le domaine de l'assurance-accidents, étant précisé que la personne assurée bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1).

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

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

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. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

b. Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 par 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. Les motifs de refus et de récusation pour les experts sont en règle générale les mêmes que pour les juges (ATF 132 V 93 consid. 7.1). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2). Compte tenu de l'importance que revêt une expertise médicale dans le domaine des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'impartialité d'un expert (ATF 120 V 357 consid. 3b). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.2). De

jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent effectivement pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3).

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. Le Tribunal a également jugé que les motifs dirigés contre l'expertise elle-même, par exemple parce qu'il s'agit d'une « second opinion », ou le type et l'étendue de l'expertise, par exemple concernant le choix des disciplines, étaient de nature matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2013 du 10 février 2014 consid. 2.1).

7. a. En l'occurrence, il convient, en premier lieu, d'examiner si, comme le soutient la recourante, les examens effectués par la CRR et son rapport du 15 janvier 2016 sont suffisants (ou nécessiteraient uniquement un complément d'investigations auprès dudit établissement), de sorte qu'un second examen orthopédique auprès du Dr S_____ serait superflu et se révélerait être une « seconde opinion ».
- b. Au préalable, on relèvera que les évaluations à la CRR du 24 février au 18 mars 2015, puis du 2 au 8 décembre 2015 ont eu lieu sur plusieurs jours, y compris en ateliers professionnels, ce qui avait permis d'observer la recourante en situation réelle et de mesurer concrètement la nature et l'ampleur des atteintes fonctionnelles de nature orthopédique consécutives à l'accident. Ainsi, c'est à tort que l'intimée argue que lesdites évaluations à la CRR ne constituaient pas des expertises, mais uniquement des mesures médicales, ce d'autant que, sur la base du premier rapport de la CRR du 25 mars 2015, l'intimée a continué à verser à la recourante des indemnités journalières et pris en charge les frais médicaux. Outre le fait que de manière générale, la CRR procède à des expertises en cas de mandat en ce sens, c'est le lieu de rappeler qu'une expertise a pour but de fournir des données médicales quant aux atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail, questions sur lesquelles la CRR s'est prononcée dans le cas d'espèce. De surcroît, on voit mal pourquoi l'intimée a demandé en septembre 2015 à la CRR une évaluation globale des limitations fonctionnelles de la recourante, si en réalité elle n'entendait pas s'appuyer sur le rapport subséquent y relatif pour déterminer le droit de la recourante aux prestations d'assurance.
- c. Cela étant, le deuxième rapport de la CRR du 15 janvier 2016 s'avère insuffisant pour déterminer si l'intimée devra ou non continuer à prester en raison des suites de l'accident du 30 décembre 2013.

c/aa. En effet, bien que dans le cadre du premier séjour, la CRR disposait des radiographies effectuées entre décembre 2013 et février 2015 en lien avec les fractures du bassin et du poignet droit, ni le rapport de mars 2015 ni celui de janvier 2016 n'ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse. S'il est vrai que l'accident a provoqué les lésions susmentionnées, la recourante souffre également de vertiges et nausées, ainsi que de troubles urinaux et fécaux. Or, la CRR ne possédait aucun document relatif à ces atteintes-ci au moment de l'élaboration de ses rapports.

c/bb. Ensuite, l'observation aux ateliers professionnels avait permis de constater un épisode de vertiges et nausées, une faiblesse de la qualité de travail et des erreurs réalisées sur les différentes activités simples effectuées. La CRR ne spécifie toutefois pas si le trouble vestibulaire (cf. rapport du Dr Q_____ du 3 mai 2016) dont est atteinte la recourante (avant l'accident) entraîne les vertiges et nausées actuelles. S'agissant des troubles urinaires et fécaux, même si la recourante avait développé une incontinence urinaire après son accouchement, qui s'était ensuite améliorée, elle avait, suite à l'accident, développé des mictions impérieuses et une incontinence urinaire par impériosité, ayant nécessité des séances de physiothérapie du plancher pelvien. En définitive, même si les vertiges et nausées, ainsi que les troubles urinaires et fécaux précédaient l'accident, il n'est pas clair si ces affections ont été aggravées par l'événement de décembre 2013, et dans l'affirmative, si le *statu quo sine vel ante* a été rétabli.

c/cc. De la même manière, alors que, dans le rapport de mars 2015, la CRR ne retenait aucun diagnostic sur le plan orthopédique, celui de janvier 2016 mentionne les diagnostics suivants : une dorsalgie commune, un discret trouble statique, une non-consolidation de la fracture de l'apophyse transverse L5 gauche, une coxarthrose gauche et un début d'arthrose sacro-iliaque droite. Même si la CRR indique que les plaintes lombo-sacrées et fessières, ainsi qu'inguinales sont en rapport avec les suites du traumatisme du bassin et du fémur proximal gauche, elle ne précise pas si la coxarthrose gauche et le début d'arthrose sacro-iliaque droite sont imputables ou pas à l'accident et si ces lésions causent également les douleurs éprouvées par la recourante au bas du dos.

La date à partir de laquelle la situation médicale serait stabilisée, d'après la CRR, n'est pas non plus spécifiée. Or, au vu des vertiges et nausées, ainsi que des troubles urinaires et fécaux, il n'est pas certain, en l'état du dossier, si la situation médicale s'est véritablement stabilisée.

c/dd. En outre, si la CRR semble conclure, sans le dire explicitement, que la capacité de travail de la recourante est de 50%, puisque l'observation aux ateliers professionnels avait permis de constater que cette dernière était en mesure de travailler pendant quatre heures consécutives dans diverses activités légères, en position assise prolongée, on ignore si ce taux de travail est valable tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Par ailleurs, la CRR ne s'est pas prononcée sur l'atteinte à l'intégrité.

d. Dans ces conditions, le rapport de la CRR du 15 janvier 2016 est incomplet - sans doute en raison du fait que l'intimée ne lui avait pas transmis le questionnaire d'expertise - si bien que celle-ci ne pourra pas se fonder sur ce document pour déterminer le droit de la recourante aux prestations relevant de l'assurance-accident. Cependant, on ne saurait nier toute valeur probante audit rapport ; la CRR s'est déterminée sur la base des examens effectués, a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante et le rapport, en l'état, ne comporte pas de contradictions. Il est à ce stade uniquement lacunaire sur certains points. Vu les antécédents médicaux de la recourante, et les troubles actuels relevés, afin de trancher tous les aspects de cette affaire de manière complète, ainsi que l'écrit l'intimée dans son courrier du 31 mai 2016, cette dernière ne devait pas se contenter d'une expertise orthopédique et psychiatrique. L'évaluation doit également inclure les volets neurologique (si les résultats des HUG – qui ne figurent pas dans le dossier - suite à la demande de l'intimée du 26 avril 2016 ne sont pas probants) et oto-rhino-laryngologique.

Sous l'angle orthopédique, quand bien même le rapport précité de la CRR nécessite encore des clarifications (notamment quant au lien de causalité, le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, l'éventuelle atteinte à l'intégrité) sur la base d'un dossier complet (qui lui sera fourni par l'intimée), compte tenu du principe d'une administration rationnelle, il ne se justifie pas de mandater un nouvel expert, soit en l'espèce le Dr S_____. En effet, la CRR, compétente en matière de rééducation orthopédique, a déjà pris connaissance d'une partie du dossier de la recourante et l'a examinée, sans que celle-ci n'élève d'objection à l'encontre des médecins de cet établissement. L'intimée pourra donc procéder à un complément d'instruction, moins onéreux, auprès de la CRR, et lui envoyer à cette fin un questionnaire d'expertise.

Les experts (orthopédique, psychiatrique, neurologique et oto-rhino-laryngologique) devront ensuite procéder à une appréciation consensuelle du cas, apporter un éclairage global et se prononcer sur les interférences des différents troubles.

8. a. Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner en détail s'il existe des motifs de récusation justifiés à l'encontre du Dr S_____. Ainsi, l'audition de ce praticien, offerte par la recourante, s'avère superflue. Au demeurant, on rappellera que le fait qu'un médecin soit choisi régulièrement par les organes des assurances sociales pour établir des expertises ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité d'un expert. Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas non plus de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Par conséquent, en l'absence d'un indice objectif suffisant de prévention, on voit mal en quoi le fait que l'expert désigné par l'intimée intervienne en qualité de médecin-conseil d'un

autre assureur et qu'il soit régulièrement sollicité pour réaliser des expertises fonderait, à lui seul, une méfiance à l'égard dudit expert.

b. Cela dit, l'on constate dans le cas présent que l'intimée n'a pas essayé de parvenir à un accord avec la recourante sur le choix de l'expert, lorsque cette dernière s'est opposée à la désignation du médecin précité. C'est le lieu de rappeler que cette façon de procéder viole les droits de participation de la recourante dans la procédure de désignation de l'expert au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce indépendamment des motifs de récusation invoqués vis-à-vis de l'expert. Si dans l'arrêt 8C_541/2014 du 17 février 2015, cité par l'intimée, le Tribunal fédéral mentionne que l'assuré ne dispose pas d'un droit de veto, la Haute Cour se réfère au fait que l'assuré ne peut pas imposer son choix parmi les propositions qu'il formule, dès lors que les parties doivent d'abord débattre afin de trouver un consensus. Ensuite, en cas de désaccord, ajoute le Tribunal fédéral, une décision incidente doit être rendue, susceptible d'un recours auprès du tribunal cantonal des assurances. Par conséquent, c'est à tort que l'intimée notait dans son courrier du 20 juin 2016 qu'il n'y avait pas lieu de rendre une décision incidente en l'absence d'un motif de récusation valable.

9. À la lumière de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé. La décision incidente attaquée sera annulée dans le sens des considérants.
10. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'000.- sera accordée à la recourante, représentée par un conseil, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision incidente du 28 juillet 2016 dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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