

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3159/2024

ATAS/1035/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Alexandre GUYAZ, avocat

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Karine STECK, présidente; Christine LUZZATTO et Philippe LE GRAND ROY, juges assesseurs

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, a travaillé pour la banque B_____ à compter du 1^{er} avril 1999 en qualité de responsable du département de gestion. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accident auprès de ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE (ci-après : l'assurance).

b. Le 29 juin 2005, un incendie a eu lieu dans les locaux de la banque. Selon la déclaration d'accident du 18 juillet 2005, l'assurée avait respiré une épaisse fumée noire en ouvrant la porte derrière laquelle l'incendie s'était déclaré. Elle avait immédiatement souffert d'irritations aux yeux et d'un sentiment d'oppression au thorax.

c. Par décision du 8 septembre 2006, l'assurance a mis un terme à ses prestations, au motif que les conjonctivites n'étaient pas consécutives à l'événement, mais d'origine dégénérative.

d. Par décision du 20 janvier 2011, l'assurance a partiellement admis l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 8 septembre 2006, en ce sens qu'elle a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes pulmonaires et ophtalmologiques et accepté la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 31 décembre 2010. Au surplus, elle a reconnu à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 6'048.-, à l'exclusion de toute indemnité journalière ou rente.

e. Par arrêt du 16 mai 2013, la Cour de céans a partiellement admis le recours formé par l'assurée contre cette décision (ATAS/475/2013).

Dès lors que l'assurée continuait à travailler et réalisait malgré l'atteinte un salaire plus important que celui qu'elle gagnait avant l'accident, il n'y avait pas d'invalidité.

S'agissant du traitement ophtalmologique, la Cour a retenu qu'il ne permettait pas de guérir les atteintes, mais uniquement d'en soulager les symptômes. Il n'était donc pas à la charge de l'assurance. Sur le plan pneumologique, l'asthme ne pouvait en aucun cas guérir, de sorte qu'un éventuel traitement n'était pas non plus à la charge de l'assurance. Quant à l'atteinte des voies respiratoires sous forme d'irritation bronchique chronique (RADS), la guérison n'était que possible, ce qui n'était pas suffisant pour que l'assurance doive prendre en charge les frais de traitement. L'assureur avait donc à juste titre mis un terme à la prise en charge du traitement médical.

En revanche, l'origine des troubles neuropsychologiques n'avait pas été établie à satisfaction de droit. La Cour a donc renvoyé la cause à l'assurance pour qu'elle investigue cette question, qu'elle détermine l'origine des troubles, se prononce sur leur gravité, éclaire la question d'un éventuel lien de causalité avec l'incendie du 29 juin 2005 et, le cas échéant, évalue une éventuelle atteinte à l'intégrité.

La décision de l'assurance était annulée en tant qu'elle octroyait une IPAI de CHF 6'048.- et la cause renvoyée à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La décision du 20 janvier 2011 était confirmée pour le surplus.

- B.**
- a.** Dans un certificat du 3 février 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a attesté la survenance, mi-novembre 2013, d'une exacerbation du problème respiratoire chronique, sous forme d'un état fébrile avec une toux très forte, d'expectorations purulentes, de douleurs thoraciques, d'une gêne respiratoire et d'une dysphonie marquée, associée à une fatigabilité, des tremblements et des céphalées. L'assurée avait dû interrompre son activité professionnelle du 18 au 24 novembre 2013.
 - b.** Par décision du 21 février 2014, l'assureur a confié à la Clinique D_____ le soin de procéder à une expertise comprenant des volets neurologique, psychiatrique, ophtalmologique et neuropsychologique.
 - c.** L'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans.

Cette procédure a abouti à un accord des parties, entériné par arrêt du 20 novembre 2014 (ATAS/1211/2014) : l'assurance a accepté de se contenter de questions supplémentaires au Dr E_____ et de ne mandater qu'un pneumologue et un neuropsychologue, ce dernier étant appelé à se prononcer sur la nécessité d'une expertise psychiatrique ; les parties ont accepté les experts proposés par la Cour de céans, soit F_____, neuropsychologue, et le Professeur G_____, médecin-chef du service de pneumologie du Centre universitaire hospitalier du canton de Vaud (CHUV) ; elles ont également convenu des questions à soumettre à ces experts.

- C.**
- a.** Un nouveau certificat établi le 10 octobre 2014 par le Dr C_____ a attesté plusieurs épisodes d'allure bronchitique chaque année et un épisode particulièrement prolongé et sévère en été 2014, avec une exacerbation asthmatique malgré le traitement.
 - b.** Dans son rapport d'expertise neuropsychologique du 16 avril 2015, F_____ a retenu que la mémoire antérograde était dans les normes, que, s'agissant des tests de temps de réaction sur matériel informatique, l'attention était globalement de bonne qualité, mais un effort volontaire était signalé avec la présence de céphalées lors de la seconde séance. Les céphalées, l'effort d'attention et de concentration ainsi que la fatigue ressentie ne se traduisaient pas par une insuffisance des performances et n'étaient pas objectivables par les tests. L'ensemble de cet examen était dans la norme, comme c'était le cas en 2009. Ces résultats étaient compatibles avec le haut niveau de compétence et de performance de l'assurée, qui travaillait à 100% depuis le début de sa carrière. Néanmoins, elle souffrait de céphalées chroniques. La fatigue, surtout sur le plan physique (cotée au maximum) et dans une moindre mesure psychique, était évaluée comme importante.

c. Dans un rapport du 19 août 2015, le Prof. G _____ a retenu les diagnostics de RADS avec asthme d'effort, bronchectasies de type tubulaire dans le lobe supérieur droit (LSD), le lobe moyen droit (LMD) et la lingula, et possible syndrome post-traumatique.

Après avoir rapporté les résultats des différents tests et examens, le Prof. G _____ a retenu que l'assurée avait présenté un RADS à la suite de l'exposition à des fumées toxiques de nature très diverse, si l'on en croyait les photos du sinistre. Ces gaz avaient entraîné une hypersensibilité bronchique qui se manifestait par un asthme à l'effort, avec des fonctions pulmonaires montrant un VEMS qui s'abaissait. Le test du 24 février 2015 avait en effet révélé à nouveau une chute de 24% pour atteindre 56% de la valeur prédite (VP). Lorsque l'assurée était revenue pour son contrôle, elle arrivait d'Amérique du Sud, où elle n'avait pas été exposée à des irritants ou au froid, et son VEMS s'était normalisé à 93% de la VP avec une ventilation collatérale (CV) à 96% de la VP, montrant bien qu'elle ne souffrait pas d'un syndrome obstructif fixé, mais bien d'un asthme.

Le test d'effort réalisé avait à nouveau révélé un asthme d'effort survenu pendant un effort maximal. L'effort produit était abaissé à 73% de la VP avec épuisement de la réserve ventilatoire et atteinte d'une fréquence cardiaque maximale. L'hyperpnée était probablement le reflet d'un stress induit par la réduction des débits pulmonaires.

Dans ces conditions, l'assurée ne pouvait effectuer qu'une activité sédentaire correspondant à 6.2 ml/min/kg, soit 40% du volume d'oxygène maximal (VO₂max), ce qui était une limitation conséquente. Selon *l'American Thoracic Society*, un VO₂max entre 15-20 ml/min/kg entraînait une invalidité entre 33.3%-50%, quelle que soit l'activité. Il semblait que cette limitation à l'effort survenait malgré un traitement régulier avec des stéroïdes inhalés et du Singulair. L'assurée subissait cette limitation depuis 2005.

Le scanner du thorax avait montré que l'inflammation aiguë ou chronique induite au cours du temps avait provoqué des dilatations des bronches ou bronchectasies dans le LSD, et dans les LM et la lingula, zones susceptibles d'amener des toux persistantes après une infection et prédisposant à des infections plus fréquentes que le reste de la population. Ces bronchectasies pourraient aller en s'aggravant si elles n'étaient pas bien prises en charge dans le futur.

d. Le 2 novembre 2015, le Prof. G _____ a complété son expertise en précisant que l'assurée avait souffert d'un RADS et avait depuis une hyperréactivité bronchique amenant une diminution de la fonction pulmonaire de 30.5 à 33% lors d'exercices physiques. Il s'agissait d'un asthme d'effort pouvant aussi survenir à l'exposition au froid ou à l'air sec.

Les bronchectasies étaient probablement en rapport avec cette exposition aiguë à des toxiques. Elles entraînaient une propension à des infections de type bronchite, voire des épisodes de bronchopneumonie. La pratique d'exercices réguliers pour

éliminer les sécrétions ainsi que l'utilisation de bronchodilatateurs étaient souvent nécessaires. Si elles devenaient plus importantes avec des sécrétions bronchiques, elles devraient être éliminées par de la physiothérapie respiratoire dirigée et des aérosols. Tant l'hyperréactivité bronchique que les bronchectasies justifiaient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 5%.

S'agissant de la capacité de travail, l'assurée pouvait mener une activité de bureau sans symptôme autre qu'une toux associée à un sentiment de fatigue. La fatigue semblait s'aggraver lors de déplacements ou de prises de parole prolongées. Cela représentait certainement un frein pour la planification de son métier à responsabilité. Par ailleurs, il n'était pas exclu que d'ici quelques années, l'assurée doive consacrer du temps à la physiothérapie respiratoire et qu'elle soit interrompue par des infections respiratoires plus fréquentes que la norme.

L'hyperréactivité bronchique était apparue d'emblée et semblait s'être maintenue. L'apparition des symptômes, en particulier de la toux, était probablement survenue depuis lors, avec un état inflammatoire persistant des bronches et l'apparition de bronchiectasies. L'évènement du 29 juin 2005 semblait avoir été clé dans l'évolution respiratoire de l'assurée, qui n'était pas exposée à un autre facteur de risque.

e. Le 8 janvier 2016, le Prof. G_____ a encore précisé que la méthode exacte de calcul de l'indemnité de 5% était basée sur l'altération de 30.5 à 33% de la fonction pulmonaire au repos. Cette atteinte était la conséquence du RADS et de l'asthme.

Les bronchectasies relevaient pour l'heure plus d'un inconfort dû à l'irritation des bronches, sans incidence sur les résultats fonctionnels. Si elles venaient à s'aggraver, l'invalidité fonctionnelle pulmonaire ne devrait pas dépasser 40% dans les 10 à 15 ans, et l'atteinte à l'intégrité pourrait alors s'élever à 10%. Les risques que cela survienne étaient d'environ 40 à 50%. Une amélioration de l'état de santé était très peu probable.

Compte tenu de la perte fonctionnelle, le Prof. G_____ considérait qu'il fallait compter une perte de rendement de 5%, ce qui était une évaluation plutôt basse car elle ne tenait pas compte de la composante psychologique, qui s'apparentait à un syndrome post-traumatique.

f. Le 20 mars 2016, le Dr E_____ a confirmé la persistance de la conjonctivite chronique, du syndrome d'œil sec, de la gêne à la lumière et du larmoiement, qui affectaient le quotidien de l'assurée. Un examen complémentaire de l'éblouissement pratiqué le 14 mars 2016 confirmait également l'importance de cette atteinte. En ce sens, ce médecin maintenait les taux d'atteinte à l'intégrité relatifs à ces séquelles indiqués le 14 décembre 2014, soit 5% pour la conjonctivite chronique et le syndrome d'œil sec combinés, 5% pour la gêne à la lumière, et 5% pour le larmoiement : la conjonctivite chronique et le syndrome d'œil sec persistant malgré l'utilisation de collyres étaient suffisamment

invalidants dans la vie quotidienne pour entraîner une diminution notable de la qualité de vie et des performances lors de l'accomplissement de tâches professionnelles.

g. Par décision incidente du 28 juillet 2016, l'assurance a ordonné la mise en œuvre d'une expertise confiée au Dr H_____.

L'assurance a argué que l'appréciation du Dr E_____, conduisant à une atteinte à l'intégrité globale de 25% pour les troubles oculaires (6% restriction œil gauche, 4% œil droit, 5% pour conjonctivite chronique et syndrome d'œil sec, 5% pour gêne à la lumière et 5% pour larmoiement) n'était pas convaincante. Elle a reproché au médecin de s'être contenté d'additionner les taux tirés des tables d'indemnisation, sans procéder à une pondération en considérant l'atteinte oculaire dans sa globalité.

h. Le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a examiné l'assurée en juin 2016. Dans son rapport du 16 septembre suivant, l'expert a retracé l'anamnèse et résumé le dossier.

Après avoir relaté les plaintes de l'assurée, le Dr I_____ a conclu à une réaction aiguë à un facteur de stress (F 43.0), suivie d'un état de stress post-traumatique (F 43.1), dont il a précisé qu'ils avaient guéri d'eux-mêmes, comme c'était le cas dans 80 à 90% des cas. Il n'était pas possible de préciser la date de guérison. L'assurée ne présentait plus aucun trouble psychique. On ne pouvait retenir de diagnostic psychiatrique.

Néanmoins, elle se sentait plus vulnérable, souffrait de troubles de l'attention et de la concentration, disait avoir besoin d'être tout le temps occupée, avait peur de l'avenir, se sentait épuisée et angoissée par moments. Elle se plaignait de troubles du sommeil. Ces symptômes, non organiques, n'avaient pas l'intensité et la fréquence nécessaires pour être considérés comme représentatifs d'un trouble psychique ayant valeur de maladie. Ils étaient tout de même sources de souffrance et consécutifs à la réaction aiguë à un facteur de stress, puis à l'état de stress post-traumatique. Le fait de n'avoir pas été reconnue dans ses plaintes par son employeur et par l'assurance jouait un rôle dans la souffrance psychique de l'intéressée.

Après avoir donné certaines explications sur le stress post-traumatique, l'expert a jugé que les symptômes persistants étaient entièrement en relation de causalité naturelle avec le traumatisme.

Aucune mesure thérapeutique n'était nécessaire et une guérison n'était pas envisageable. L'atteinte psychique correspondait à un trouble psychique léger. L'atteinte à l'intégrité s'élevait à 5% selon les barèmes applicables. Les symptômes ne réduisaient pas la capacité de travail, mais altéraient le rendement dans l'activité professionnelle habituelle de cadre bancaire supérieur. La baisse du rendement pouvait être évaluée à 25%.

Le Dr I_____ ne pensait pas qu'un traitement psychiatrique soit nécessaire. Du point de vue psychique, l'assurée ne parviendrait pas au *statu quo sine*. La procédure juridico-asséculo-logique avait déjà été trop longue et trop pénible pour elle.

i. Le 11 octobre 2016, le Dr J_____ s'est déterminé sur le rapport du Prof. G_____. Il s'est rallié à la limitation fonctionnelle de 30.5 à 33% décrite et à l'évaluation des probabilités d'une dégradation de la fonction pulmonaire. Cela donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%.

Les réponses de l'expertise étaient bien motivées. L'évaluation de 10% eu égard à une possible aggravation paraissait généreuse, le risque qu'elle survienne étant limité.

j. Le 4 novembre 2016, le docteur K_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et médecin-conseil de l'assurance, s'est déterminé sur l'expertise ophtalmologique.

Il a émis l'avis qu'une IPAI pour une restriction purement esthétique sur la base des altérations veineuses de la conjonctive, peu marquées et peu documentées sur les photos, n'était pas justifiée.

L'estimation de l'IPAI pour larmoiement et gêne à la lumière était correcte, de sorte qu'une IPAI globale de 10% paraissait adéquate.

Les taux relevés pour la restriction du champ visuel ne constituaient pas une base suffisante pour l'octroi d'une IPAI.

k. Le 6 février 2017, l'assurée a signalé à l'assurance une dégradation de sa santé survenue le 22 novembre 2016, dont elle a demandé qu'elle soit prise en considération par le Prof. G_____.

Elle joignait un certificat du Dr C_____ du 30 janvier 2017, attestant deux épisodes infectieux en décembre 2016 et janvier 2017 en lien avec le RADS, l'ayant contrainte à deux arrêts de travail de brève durée.

l. Par décision du 10 février 2017, l'assurance a reconnu à l'assurée le droit à une indemnité complémentaire de CHF 21'360.- pour l'atteinte à l'intégrité de 30%.

m. L'assurée s'est opposée à cette décision le 13 mars 2017, en concluant à ce que le taux d'atteinte à l'intégrité soit revu à la hausse, à la prise en charge des frais médicaux découlant de l'accident, notamment sur les plans psychiatrique et pneumologique, et au versement d'intérêts moratoires pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'assurée arguait que le taux d'atteinte à l'intégrité retenu pour l'aspect pneumologique ne correspondait pas à son état et que la décision était prématurée sur ce point, puisqu'elle se fondait sur une instruction médicale incomplète ne tenant pas compte de l'aggravation annoncée le 6 février 2017. En outre, l'expert retenait en réalité une VO₂ maximum de 15.6 ml/min/kg, ce qui entrainait dans la fourchette de l'invalidité pulmonaire allant de 33.3% à 50% selon l'*American*

Thoracic Society. Le taux d'atteinte à 10% ne devait pas être revu à la baisse. En outre, une invalidité pulmonaire de 40% impliquait une atteinte à l'intégrité de 12.5% et non de 10%.

Au plan psychique, la position de l'assurance concernant la gravité objective de l'accident était contestée. La décision était également prématurée sur ce point, car la récente aggravation jouerait manifestement un rôle sur le critère de la gravité des lésions physiques, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, les complications importantes et, cas échéant, l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Un degré d'atteinte à l'intégrité d'au moins 20% devait être retenu sur le plan psychiatrique en application de la table 19, sachant que le Dr I_____ retenait des troubles de gravité légère. Un trouble psychique léger n'impliquait en principe pas de difficultés d'attention, de mémoire et de concentration, problèmes pourtant retenus en l'espèce par l'expert. De telles difficultés étaient constitutives d'un trouble psychique modéré. L'avis du service médical de l'assurance ne pouvait supplanter les expertises réalisées.

S'agissant des frais médicaux, ils n'avaient jamais cessé. Même si l'assurance affirmait que son état était stabilisé, il ne faisait aucun doute que ces frais étaient indispensables pour préserver sa capacité de travail.

L'assurée sollicitait une instruction médicale complémentaire comprenant les questions complémentaires formulées le 23 décembre 2016 et une expertise psychiatrique complémentaire en raison de la récente aggravation de son état de santé.

n. Par décision du 20 avril 2017, l'assurance a écarté l'opposition de l'assurée.

o. Par arrêt du 14 mars 2019, la Cour de céans a admis partiellement le recours de l'assurée contre cette décision, dit qu'elle avait droit à une IPAI globale de 25% pour les troubles ophtalmologiques, sous déduction du montant déjà versé à ce titre, assortie d'intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2013 sur la partie de l'indemnité encore due à cette date, renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur l'aggravation de l'atteinte à l'intégrité pulmonaire et nouvelle décision sur ce point et dit que l'assurée n'avait pas droit à une IPAI pour troubles psychiques (ATAS/252/2019).

La Cour a souligné que la décision litigieuse, qui circonscrivait l'objet du litige, portait uniquement sur l'IPAI. Dès lors, les conclusions de l'assurée tendant à l'octroi d'une rente et à la prise en charge du traitement médical étaient exorbitantes au litige.

Elle a à cet égard rappelé que l'intimée avait nié le droit de l'assurée à ces prestations par décision du 20 janvier 2011, confirmée sur ces points par l'arrêt de la Cour du 16 mai 2013, qui revêtait l'autorité de chose jugée, ce qui signifiait que cet arrêt était obligatoire et ne pouvait plus être remis en question, ni par les parties, ni par les autorités judiciaires. L'assurée avait toutefois signalé une aggravation de son état de santé en février 2017, qu'il incombait à l'intimée

d'instruire afin de déterminer si elle relevait d'une rechute ouvrant droit aux prestations, avant de rendre une décision sur ce point.

- D.**
- a.** Par courriel du 30 septembre 2019, l'assurance s'est adressée au Prof. G_____ afin qu'il effectue une nouvelle expertise de l'assurée et évalue l'éventuelle aggravation de son état de santé, ce que l'intéressé a accepté par réponse du même jour.
 - b.** Par courriel du 30 septembre 2019 également, l'assurance a envoyé à l'assurée la liste de questions qui serait soumise au Prof. G_____.
 - c.** Le 16 mars 2020, l'assurée a communiqué à l'assurance un questionnaire à soumettre au Prof. G_____, en complément à la liste de questions contenue dans le courriel du 30 septembre 2019.
 - d.** Le 29 avril 2020, l'assurance a adressé au Prof. G_____ sa liste de questions, le questionnaire de l'assurée et la copie du dossier médical.
 - e.** À teneur d'un rapport d'expertise intermédiaire du 15 mai 2020, le Prof. G_____ a retenu les diagnostics de RADS depuis juin 2006 avec asthme d'effort (objectivé en 2012), bronchectasies de type tubulaire dans le LSD, le LMD et la lingula (CT scan de 2015) et bronchiolite avec piégeage gazeux (mai 2020). L'assurée présentait une sensible péjoration de sa situation, à savoir trois à quatre épisodes fébriles par an nécessitant des traitements antibiotiques et de prednisone sous la guidance de la Dre L_____. La plainte principale était aussi la persistance d'une toux relativement productive. L'intéressée se sentait limitée à la marche avec un dyspnée de stade II. Le bilan effectué évoquait le développement de bronchiolites avec un piégeage gazeux fonctionnel qui entraînait un syndrome restriction fonctionnel par diminution des volumes mobilisables. L'expert proposait de diminuer les stéroïdes inhalés au profit d'une trithérapie avec la LABA/LAMA et une petite dose de corticoïdes inhalés afin d'éviter des risques infections, d'introduire un traitement de Zithromax 250 mg 3x /par semaine pour ses propriétés immunomodulatrices et de commencer des aérosols de NaCl 3% 1 à 2x/jour. Il prévoyait de revoir l'assurée dans un délai de deux à trois mois pour examiner dans quelle mesure cette approche thérapeutique avait permis de rendre réversible ce tableau de bronchiolites survenu probablement dans la continuité du RADS plutôt qu'en raison d'allergènes ou irritants non spécifiques. Globalement, l'assurée restait limitée dans son implication au travail compte tenu des soins nécessaires et des interruptions qui survenaient assez fréquemment.
 - f.** Le 29 janvier 2021, l'assurée a informé l'assurance avoir subi une nouvelle fracture à la cheville droite directement liée aux effets négatifs de l'absorption prolongée de corticoïdes, traitement devant être pris pour soigner ses séquelles pulmonaires depuis l'accident de 2005. Cette information avait été communiquée au Prof. G_____ par courrier du même jour.

g. Le 30 avril 2021, le Prof. G_____ a rendu un nouveau rapport d'expertise. À teneur de celui-ci, l'état de santé de l'assurée s'était péjoré de façon significative au cours des dernières années, l'intéressée étant en train de développer un syndrome de chevauchement asthme-BPCO (ACOS) modéré à sévère selon la composante d'asthme et son traitement, sans qu'une autre cause de son RADS ne puisse être impliquée (*cf.* p. 3). Il y avait une forte présomption que cette aggravation soit due à des complications à long terme des altérations bronchiques initiales avec des infections répétées des voies aériennes, entraînant une bronchite chronique avec aggravation de son asthme (*cf.* p. 5). L'expert a aussi relevé une forte présomption de l'hyperactivité bronchique initiale associée à des bronchectasies qui continuaient de se détériorer au cours des dernières années, entraînant progressivement des troubles ventilatoires avec, pour l'instant, un handicap léger devenu modéré (*cf.* p. 5).

L'atteinte pneumologique était susceptible de réduire le rendement professionnel de l'assurée dans son activité habituelle de cadre bancaire, même si l'incapacité de travail était due aux deux fractures récentes. L'assurée risquait entre 40% et 60% de diminution de son efficacité dans les deux ou trois années à venir, en particulier si l'on ne parvenait pas à enrayer la progression de son ACOS avec un traitement de type Fasentra ou Nucala. La péjoration de la capacité de rendement pouvait progresser d'un 20%-40%, malgré une adaptation de son cadre de travail et de la restriction de voyager en raison du COVID-19, jusqu'à 60% si son cahier des charges exigeait toujours de voyager et si, dans un proche avenir, l'aggravation des fonctions pulmonaires ne pouvait être renversée par « des biologiques comme le Fasentra » (*cf.* p. 6). Il était en outre probable qu'il y avait plus de 50% de chances que l'assurée atteigne un taux de diminution de rendement de sa capacité de travail de 60% dans le deux à trois ans à venir (*cf.* p. 7).

L'assurée devait absolument éviter des expositions à des variations de température, comme celles vécues lors de voyages en avion, et travailler dans une ambiance relativement protégée, à savoir soit à domicile, soit dans des bureaux où l'espace entre les personnes est maintenu « raisonnablement », indépendamment du COVID-19. Les réunions en groupe étaient possibles avec une protection respiratoire afin d'éviter des contaminations du tractus respiratoire par la grippe ou d'autres virus. Par ailleurs, les voyages pratiqués jusqu'à ce jour devaient être évités et les habitudes de communication par moyen électronique très nettement favorisées pour éviter toute infection (*cf.* p. 7).

L'atteinte à l'intégrité, évaluée selon les tables de la LAA, se situait entre 30% et 40%, sur la base d'une invalidité pulmonaire de 60% au pire des valeurs obtenues et de 40% sous traitement de Trelegy au dernier contrôle (*cf.* p. 3). Selon l'évolution de l'aggravation récente de l'état de santé, il fallait considérer que l'invalidité respiratoire pourrait atteindre 60%-70% d'ici deux à trois ans, soit une

atteinte à l'intégrité actuelle de 30% qui pourrait passer à plus de 50% trois ans plus tard (*cf.* p. 8).

h. Le 16 juin 2021, l'assurée a adressé des questions complémentaires au Prof. G_____.

i. Dans un rapport du 5 juillet 2021, adressé à l'assurée, le Prof. G_____ a indiqué que l'exercice physique et la prescription de calcium et de Vitamine D pouvaient reverser l'ostéopénie. La capacité de travail de l'assurée était liée aux adaptations que l'employeur pourrait effectuer sur son poste de travail, à savoir continuer à exiger ou non de sa part qu'elle effectue des trajets en avion afin qu'elle conserve son emploi. En l'absence d'une bonne réponse à un traitement par des biologiques, il y avait de fortes chances que, dans un à trois ans, l'atteinte à l'intégrité soit de 80%.

j. Dans un rapport du 19 juillet 2021, le Prof. G_____ a demandé à l'assurance la prise en charge d'un traitement de Fasentra.

k. Le 29 juillet 2021, l'assurée a indiqué à l'assurance que, dans ses rapports d'expertise des 30 avril et 5 juillet 2021, le Prof. G_____ confirmait la nette aggravation de son état de santé, différentes restrictions ayant une incidence sur sa capacité de travail, la nécessité d'une prise en charge médicale pour sa fragilité osseuse et ostéopénie en rapport de causalité avec la prise de doses importantes de stéroïdes pendant 16 ans, un risque de perte de son emploi en raison des limitations relatives aux voyages, un risque d'atteinte à l'intégrité de 80% dans les trois prochaines années ainsi qu'une insuffisance respiratoire qui allait certainement péjorer ses interactions et nécessitant une nouvelle évaluation sur le plan psychique ainsi qu'un contrôle ophtalmique annuel.

l. Le 9 août 2021, l'assurance a confirmé au Prof. G_____ la prise en charge du traitement contre l'asthme Fasentra, dans le respect des critères et des limitations de posologie et de fréquence fixées par Swissmedic.

m. Dans un rapport du 16 juin 2022, la Dre L_____ a relevé que le traitement de Fasentra préconisé par le Prof. G_____ était étudié et remboursé chez des patients avec un asthme sévère à éosinophiles, non contrôlé malgré un traitement inhalé par ICS/LABA à dose maximale et ayant fait deux exacerbations au cours de l'année précédente, ou des asthmatiques ayant recours à la corticothérapie orale quotidienne. Sous Fasentra, les exacerbations ont pu être réduites, de même que le recours à la prednisone et les scores de qualité de vie améliorés.

Elle a expliqué que, si l'assurée souffrait certes d'un asthme asymptomatique dans le quotidien malgré un traitement inhalé maximal et que l'évolution de sa fonction pulmonaire était préoccupante, le CT scan montrait également qu'elle avait développé de petites bronchectasies qui pouvaient être source de toux, de surinfections bronchiques et de réduction de la capacité respiratoire, et ainsi expliquer une partie du tableau clinique. Depuis le début de la pandémie et l'éviction des contacts sociaux, l'assurée n'avait plus présenté de surinfection

nécessitant une antibiothérapie ou une corticothérapie orale et se trouvait plus stable sur le plan clinique, malgré la capacité respiratoire réduite. En d'autres termes, l'efficacité du Fasentra semblait incertaine, tout comme les critères pour l'introduire et juger de son efficacité. La Dre L_____ et l'assurée avaient donc décidé de ne pas instaurer le Fasentra pour le moment.

n. Le 19 juillet 2022, l'assurance a interpellé le Prof. G_____ au sujet du traitement par Fasentra, qui n'avait finalement pas été instauré pour les motifs invoqués par la Dre L_____ dans son rapport du 16 juin 2022.

o. Dans un rapport du 5 août 2022, le Prof. G_____ a indiqué avoir été surpris d'apprendre, à la lecture du rapport de la Dre L_____ du 16 juin 2022, que l'assurée restait avec un asthme symptomatique quotidien, malgré un traitement inhalé maximal et une évolution de sa fonction pulmonaire préoccupante. L'efficacité du Fasentra avait été démontrée chez des patientes souffrant d'un asthme persistant journalier malgré un traitement maximal associé dès lors qu'une composante de l'obstruction bronchique semblait liée à la présence d'éosinophiles en nombre conséquent. La probabilité de succès par ce traitement était une amélioration de l'ordre de 70% des fonctions pulmonaires sur l'ensemble du collectif traité. Le nombre d'exacerbations était diminué dans la même proportion et nécessitait le maintien d'un traitement de base pour l'asthme tel que le Trelegy. L'expert a maintenu que l'utilisation de Fasentra devait pouvoir éviter un risque de surinfection par des souches dangereuses.

p. Dans son rapport du 20 juillet 2023, la Dre L_____ a retenu les diagnostics d'asthme à éosinophiles symptomatique dans le quotidien malgré un traitement inhalé, des bronchiectasies tubulaires, un larmoiement, une sécheresse oculaire, une rétinopathie d'origine toxique, avec réduction du champ visuel des deux yeux, une photophobie, une conjonctivite chronique, des céphalées, une anxiété, des troubles du sommeil, une fatigabilité, des troubles de la concentration et de la mémoire ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique. Elle a ajouté que le diagnostic d'ostéopénie avec risque fracturaire augmenté avait été posé depuis janvier 2022.

S'agissant du Fasentra, elle a expliqué que celui-ci était un anticorps anti-IL5 autorisé par Swissmedic selon des critères spécifiques (au moins deux exacerbations annuelles d'asthme sous traitement standard [corticoïde inhalé et bêta 2 mimétique haute dose] et/ou la nécessité d'un traitement corticoïde systémique au long cours). Selon les conditions posées par l'office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP), les critères de remboursement étaient plus stricts (au moins quatre exacerbations annuelles exigeant le recours à la corticothérapie orale, ou la nécessité de prise de corticoïdes oraux six mois par année). Or, l'assurée n'avait pas eu recours à une corticothérapie orale depuis le mois de mars 2020, de sorte que son état de santé ne justifiait pas la prise de ce traitement biologique.

Elle a relevé que, comme tout traitement, le Fasenra pouvait comporter des effets secondaires. Dans le cas de l'assurée, qui avait un asthme relativement stabilisé et sans recours à une corticothérapie orale depuis mars 2020, il n'y avait pas d'indication à un tel traitement. Le bénéfice sur la qualité de vie ou la fonction respiratoire était modeste et non significatif statistiquement, selon des études. En revanche, les effets indésirables (céphalées, pharyngites, fièvre, douleur au point de ponction ou réaction allergique) pouvaient survenir. Dans la situation actuelle de l'assurée, le rapport bénéfice/risque attendu ne justifiait pas l'initiation de ce type de traitement hors indication, étant précisé que l'ajout d'un quelconque effet secondaire sérieux ne ferait qu'aggraver son anxiété et ses troubles du sommeil dans le cadre du stress post-traumatique.

Cette spécialiste a par ailleurs retenu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle comprenant des voyages fréquents à l'étranger ou le travail dans un « *open space* ». Dans une activité adaptée, à savoir, une activité de travail effectuée uniquement depuis le domicile, en évitant les voyages en avion et en limitant les contacts sociaux au minimum nécessaire, la capacité de travail était « au mieux de 60% ».

Enfin, on pouvait admettre que les problèmes de santé de l'assurée, d'ordre respiratoire, psychologique, ophtalmologique et osseux étaient la conséquence directe ou indirecte de l'événement du 29 juin 2005.

q. Le 14 juin 2024, l'assurée a demandé à l'assurance de rendre une décision formelle sur la question des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2022, de la rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2023, de l'IPAI et de la prise en charge du traitement médical, ainsi que de mettre en œuvre une expertise psychiatrique complémentaire, d'instruire le dossier en lien avec le traitement de l'ostéopénie et le bilan ophtalmologique annuel.

r. Le 5 juillet 2024, l'assurance a informé l'assurée de son choix de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, dans le but de définir son droit aux prestations et rendre une décision formelle en tenant compte de l'évolution et de la situation actualisée.

s. Le 17 juillet 2024, l'assurée a demandé à l'assurance de motiver en détail sa décision de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et d'expliquer la raison pour laquelle une expertise monodisciplinaire ne suffirait pas.

t. Le 24 juillet 2024, l'assurance a adressé au centre d'expertise M_____ (ci-après : le centre M_____) un questionnaire en vue de l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire (pneumologie, psychiatrie, neuropsychologie, ophtalmologie, médecine interne et, éventuellement, rhumatologie). Les questions portaient sur le lien de causalité entre les atteintes et l'accident du 29 juin 2005, le traitement suivi jusqu'alors, un éventuel traitement complémentaire permettant d'obtenir une amélioration significative de l'état de santé, les limitations fonctionnelles et l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et

dans une activité adaptée, le critère de l'âge avancé et ses répercussions sur la capacité de travail ainsi que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité.

u. Le 5 août 2024, l'assurance a expliqué à l'assurée que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était indispensable afin de clarifier les limitations imputables à chaque trouble ainsi que, globalement, de définir les traitements exigibles éventuels du fait de ces troubles et d'évaluer l'état définitif en relation avec l'événement de 2005.

v. Le 22 août 2024, l'assurée s'est opposée à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, au motif que seule une expertise psychiatrique serait utile dans son cas, le Prof. G_____ ayant déjà confirmé l'aggravation de son état de santé dans son rapport du 30 avril 2021.

w. Par décision incidente du 28 août 2024, l'assurance a ordonné la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (pneumologie, ophtalmologie, psychiatrie et médecin interne), dont elle a argué qu'elle était indispensable, dans un contexte de troubles multiples (pneumologiques, ophtalmologiques, psychiatriques et de troubles secondaires au traitement médical), dans le but de clarifier les limitations imputables à chaque trouble, de définir, globalement, les traitements exigibles éventuels en raison des troubles et d'évaluer l'état définitif en relation avec l'événement de 2005. Elle a désigné le centre M_____ comme centre d'expertise, lui a adressé un questionnaire qui était joint à la décision et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

E. a. Par acte du 26 septembre 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant, à titre provisionnel, à ce que l'effet suspensif soit restitué, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'assurance pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr N_____ et, en tant que de besoin, à l'envoi de questions complémentaires à l'expert G_____, subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'assurance pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante soutient que la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire est inutile et a uniquement pour but d'obtenir de nouveaux avis médicaux, notamment sur les plans pneumologique et ophtalmologique, en espérant qu'ils soient plus favorables à l'intimée que les avis exprimés par les experts G_____ et E_____.

L'assurée relève que l'intimée n'a aucunement motivé sa décision de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, de sorte qu'on ne comprend pas les raisons pour lesquelles la situation médicale actuelle ne pourrait pas être analysée par les experts déjà mis en place dans ce dossier. Il n'existe par ailleurs pas d'analyse médicale émanant du médecin-conseil de l'intimée arrivant à la conclusion qu'une telle mesure d'instruction s'imposerait.

L'assurée souligne qu'elle ne s'oppose pas à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, qu'elle a déjà requise, ni à ce que l'expert psychiatre mette en œuvre un bilan neuropsychologique s'il l'estime utile.

Selon l'assurée, une expertise ophtalmologique ne se justifie pas, dès lors que sa situation ne s'est pas aggravée d'une quelconque façon depuis l'arrêt de la Cour du 14 mars 2019 qui a retenu, dans ce domaine, une atteinte à l'intégrité de 25%. Seule reste ouverte la question de la prise en charge d'un bilan ophtalmique annuel. Il ne se justifie pas non plus de mettre en œuvre une expertise pneumologique, dès lors que l'intimée n'a jamais formellement contesté ni émis de doute en lien avec les conclusions du Prof. G_____ quant à la gravité de l'atteinte, le lien de causalité, l'incapacité de travail ou l'atteinte à l'intégrité à la suite de l'aggravation annoncée en 2017. Il n'existe donc aucun motif de changer d'expert pneumologue, l'expert G_____ ayant été désigné avec l'accord de la Cour de céans dans son arrêt du 20 novembre 2014. Il convenait plutôt d'interpeler ce dernier sur les explications données par la Dre L_____ dans son rapport du 20 juillet 2023.

La recourante conteste en outre le questionnaire établi par l'intimée à destination des experts, au motif que plusieurs des questions ont déjà été tranchées de façon définitive, en particulier, celles du lien de causalité et de l'atteinte à l'intégrité.

Elle demande par ailleurs que l'intimée lui fixe un délai de dix jours pour qu'elle puisse poser d'éventuelles questions complémentaires.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans réponse du 7 octobre 2024 (sur la demande de restitution de l'effet suspensif), a indiqué ne pas s'opposer à la restitution de l'effet suspensif.

c. Par arrêt incident du 22 octobre 2024 (ATAS/821/2024), la Cour de céans en a pris acte et a restitué l'effet suspensif au recours, invité l'intimée à prier le centre M_____ de mettre en suspens l'exécution du mandat jusqu'à l'issue de la procédure et réservé la suite de celle-ci.

d. Dans sa réponse sur le fond du 21 novembre 2024, l'intimée s'en est rapportée à justice quant à la recevabilité du recours et a conclu au rejet de celui-ci.

Elle soutient qu'une nouvelle expertise est nécessaire, compte tenu des aggravations de l'état de santé de la recourante survenues depuis les dernières expertises, des appréciations divergentes de la Dre L_____ et du Prof. G_____ concernant le traitement à instaurer et les nouveaux diagnostics posés. Ces questions relevant de différentes spécialités médicales, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire est incontournable.

L'intimée fait valoir que l'état actuel du dossier ne permet pas de rendre une décision matérielle sur tous les points devant être tranchés (la prise en charge des frais de traitement, la stabilisation du cas, le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée, le taux de l'IPAI, etc.).

e. Dans sa réplique du 27 janvier 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions et requis qu'il soit ordonné à l'intimée de déposer, dans un délai de 30 jours, un nouveau dossier complet, incluant la totalité des documents pertinents, correct et exhaustif.

Elle soutient que l'aggravation de son état de santé ne concerne que le plan pneumologique, qui a déjà fait l'objet d'une analyse minutieuse de la part de l'expert G_____, notamment dans son rapport du 30 avril 2021.

Elle relève que l'intimée n'indique pas quelles seraient les divergences entre les appréciations du Dr. L_____ et du Prof. G_____ concernant le traitement à instaurer et les nouveaux diagnostics posés, et précise que la question du traitement n'est plus d'actualité.

f. Dans sa duplique du 27 mars 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions et a produit les pièces postérieures au dépôt de sa réponse.

Elle affirme être dans l'impossibilité de rendre une décision sur le fond en se fondant sur les pièces du dossier, la situation médicale ayant évolué depuis les dernières expertises ; les problèmes de santé de la recourante se sont accentués, dépassant le cadre uniquement pneumologique (par exemple, ostéopénie mise en évidence et à l'origine de fractures de la cheville).

g. Par écriture du 11 juin 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions, persistant à requérir la production d'un dossier complet par l'intimée.

Elle soutient que les fractures à la cheville droite, survenues en 2020, ne justifient pas la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, car cette question – portant sur les effets secondaires du traitement pulmonaire par corticoïde administré à la suite de l'accident – a été très largement abordée par le Prof. G_____ dans son rapport du 5 juillet 2021. L'intimée a d'ailleurs déjà admis le principe de la prise en charge du traitement relatif à l'ostéopénie.

h. Par écriture du 28 juillet 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 26 septembre 2024) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Concernant la recevabilité du recours, il convient de relever ce qui suit.

4.1 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).

4.2 Lorsqu'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée par l'assureur, celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). Il s'agit d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; *cf.* ATF 131 V 42 consid. 2.1) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances, respectivement devant le Tribunal administratif fédéral (art. 56 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Postérieurement à l'ATF 137 V 210 précité, le Tribunal fédéral a précisé que dans le domaine de l'assurance-accidents également, il fallait ordonner une expertise en cas de désaccord, par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal, respectivement auprès du Tribunal administratif fédéral (ATF 138 V 318 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.4.1).

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

La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit

immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021], applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1).

La jurisprudence admet qu'une décision incidente relative à la désignation d'un expert, alors que le recourant conteste le choix de l'expert ou le principe même de l'expertise, au motif qu'il s'agirait d'une simple « *second opinion* » inutile à l'établissement des faits, comporte un risque de préjudice irréparable au sens de l'art. 46 al. 1 let. a PA (ATF 139 V 339 consid. 4.4 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.4 et 3.4.2.7).

4.3 Les art. 43 et 44 LPGA, réglant l'instruction de la demande et la mise en œuvre d'une expertise administrative, ont été modifiés au 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du Développement continu de l'AI (RO 2021 705).

L'art. 43 LPGA prévoit que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1^{bis}). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4).

Il est constant que le but de la réforme des art. 43 et 44 LPGA était d'ancrer dans la loi les droits de participation de l'assuré, dégagés de la jurisprudence du Tribunal fédéral, singulièrement des arrêts 137 V 210 et 139 V 349. Le Message du Conseil fédéral se réfère en effet expressément à ces deux arrêts et insiste sur la

nécessité de renforcer les droits de participation de l'assuré, pour toutes les branches des assurances sociales (FF 2017 2448, 2452 s. ; ATAS/654/2024 du 23 août 2024 consid. 6.3 et 8).

Une partie de la doctrine semble interpréter ces dispositions dans ce même sens en retenant que leur nouvelle teneur ne mentionne que partiellement les droits introduits par l'ATF 137 V 210 qui comprenaient, outre les motifs légaux de récusation de l'art. 36 LPGA, des motifs matériels de récusation, tel que le principe même de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Or, limiter les motifs de recours aux motifs de récusation formels de l'art. 36 LPGA aurait pour effet de restreindre considérablement les droits d'être entendu et de participer, tels qu'ils avaient été introduits par l'ATF 137 V 210. Il ne ressort d'ailleurs pas des travaux préparatoires que le législateur a voulu procéder à un tel changement, les droits de participation n'ayant été que marginalement abordés lors des débats parlementaires (cf. Markus LOHER/Massimo ALIOTTA in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Barbara KLETT, Susanne LEUZINGER [éd.], *Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts*, 2^e éd. 2025, n. 64 ad art. 44 LPGA). Par ailleurs, étant donné que le « développement continu de l'assurance-invalidité » ne prévoit aucune adaptation de la procédure judiciaire – tel que le droit à une expertise judiciaire – la limitation des droits de participation dans la procédure administrative constituerait une violation de la Constitution et de la CEDH, car, dans ce cas, une procédure équitable ne serait plus garantie. On reviendrait ainsi à la jurisprudence antérieure à l'ATF 137 V 210. Or, les droits d'être entendu et de participer définis par l'ATF 137 V 210 doivent continuer à s'appliquer sous l'empire de l'art. 44 LPGA (cf. Markus LOHER/Massimo ALIOTTA, *op. cit.*, n. 67 ad art. 44 LPGA).

S'agissant du nouvel art. 43 al. 1^{bis} LPGA, étroitement lié matériellement à l'art. 44 LPGA, il n'a fait l'objet d'aucun débat parlementaire (cf. Markus LOHER/Massimo ALIOTTA, *op. cit.*, n. 67 ad art. 44 LPGA) et son sens exact n'est pas clair, dès lors que les principes de l'instruction d'office et de la libre appréciation des preuves étaient des principes déjà établis dans la procédure en droit des assurances sociales. Il ressort des travaux préparatoires qu'il s'agissait de permettre à l'assurance-invalidité, en particulier, d'ordonner les clarifications nécessaires et déterminantes le plus rapidement possible et sans retard (FF 2017 2682 et fondamentalement : FF 2017 2625ss). Selon les auteurs, cette disposition est essentiellement de nature programmatique, et non pas procédurale, étant relevé qu'elle ne devrait pas être interprétée dans le sens où une décision de mise en œuvre d'une nouvelle expertise visant l'obtention d'une « *second opinion* » ne pourrait pas être contestée, tel que cela ressort de certaines jurisprudences cantonales (cf. Aurelia JENNY/Cristina SCHIAVI, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Barbara KLETT, Susanne LEUZINGER [éd.], *Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts*, 2^e éd. 2025 n. 7b ad art. 43 LPGA).

Par arrêt du 3 mars 2022 (IV.2022.41), le Tribunal des assurances sociales du canton de Bâle-Ville a analysé la recevabilité du recours à la lumière des art. 43 et 44 LPGA dans leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 et a retenu qu'il n'existait aucun indice clair permettant de conclure que la révision de ces dispositions aurait corrigé la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral et, partant, restreint les possibilités de recours de la personne assurée. Le Tribunal a relevé que, si une proposition minoritaire du Conseil national visant à inscrire expressément à l'art. 44 al. 4 LPGA qu'en cas de désaccord entre l'assureur et la personne assurée sur la décision de mettre en œuvre une expertise, une décision incidente devait être rendue n'avait certes pas été suivie, on ne pouvait toutefois en déduire que le législateur avait voulu limiter les motifs de contestation admissibles contre une décision de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (consid. 3.2.3). Selon le juge bâlois, il convenait donc d'admettre le recours dans la mesure où le recourant invoquait le caractère non nécessaire de l'expertise pluridisciplinaire envisagée par la partie défenderesse (consid. 3.3).

Dans un arrêt du 20 janvier 2025, la Cour des assurances sociales du canton de Vaud a procédé à une interprétation des dispositions susvisées et est arrivée à la conclusion que celles-ci limitaient le recours au tribunal des assurances avant l'expertise aux motifs prévus par l'art. 36 al. 1 LPGA et qu'une expertise ne devait pouvoir être examinée par un tribunal – hormis les motifs de récusation – qu'une fois que l'autorité administrative avait statué définitivement sur la demande de prestations de la personne assurée (cf. arrêt AA 97/24 - 14/2025 du 20 janvier 2025 consid. 6f).

4.4 En l'espèce, la décision contestée ayant été rendue après l'entrée en vigueur de cette modification, la disposition dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2022 trouve application.

Au vu de la jurisprudence rendue sous l'ancien droit (ATF 139V 339 et 137 V 210, en particulier) prévoyant que l'assuré qui entend contester la mise en œuvre d'une expertise médicale satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable nécessaires pour pouvoir déférer l'affaire auprès du tribunal des assurances sociales compétent, de la doctrine et des jurisprudences cantonales susmentionnées qui ne font pas consensus, la Cour de céans estime que la jurisprudence fédérale trouve, en l'état, toujours application.

En l'occurrence, le recours contre la décision incidente du 28 août 2024, portant sur la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, a été interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi. Il convient aussi de retenir que la recourante peut se prévaloir d'un intérêt digne de protection à une décision immédiate, dans la mesure où elle soutient que la nouvelle expertise envisagée par l'intimée est inutile et vise en réalité à obtenir une simple « *second opinion* ».

Par conséquent, le recours est recevable.

5. Le litige, tel que circonscrit par la décision incidente litigieuse, porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre en œuvre une seconde expertise médicale, en la forme d'une évaluation pluridisciplinaire auprès d'un centre d'expertise.

6.

6.1 L'art. 43 LPGA n'a pas pour but d'examiner la faisabilité d'une mesure médicale en obtenant un second avis, mais de déterminer l'ampleur des investigations nécessaires afin d'établir l'état de fait déterminant au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ce contexte, la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise résulte de la réponse à la question de savoir si les expertises déjà versées au dossier satisfont aux exigences que doivent revêtir de tels rapports en matière de contenu et de valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral U.571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

7.

7.1 En l'espèce, il ressort des pièces du dossier que, conformément à l'ATAS/252/2019 du 14 mars 2019 (cf. ATAS/252/2019 consid. 8c), l'intimée a procédé à l'instruction de l'aggravation de l'état de santé signalé par la recourante en janvier 2017 en mandatant, par courriel du 30 septembre 2019, le Prof. G_____ afin qu'il effectue une nouvelle expertise de l'intéressée (cf. pièce n°13 - intimée). Il est à cet égard rappelé que le Prof. G_____ est l'expert désigné par accord entre les parties entériné par arrêt du 20 novembre 2014 (ATAS/1211/2014) et ayant rendu un rapport d'expertise pneumologique et ses compléments sur lesquels s'est fondée la Cour de céans pour rendre l'ATAS/252/2019 (cf. rapport d'expertise du Prof. G_____ du 19 août 2015 et ses rapports complémentaires des 2 novembre 2015 et 8 janvier 2016).

7.2 Dans le cadre de l'instruction complémentaire susvisée, le Prof. G_____ a rendu un premier « rapport d'expertise intermédiaire » le 15 mai 2020. Dans ce rapport, il revient sur l'historique médical de la recourante, explique l'évolution de ses capacités pulmonaires depuis 2015 jusqu'au jour de l'expertise, fait état des

analyses de laboratoires effectuées le 7 mai 2020 et retient les diagnostics de RADS depuis juin 2006 avec asthme d'effort (objectivé en 2012), bronchectasies de type tubulaire dans le LSD, le LMD et la lingula (CT scan de 2015) et bronchiolite avec piégeage gazeux (mai 2020). Si l'expert ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante dans ce premier rapport, il propose un traitement de Zithromax et par aérosols et prévoit de la revoir dans un délai deux à trois mois afin d'examiner le résultat de cette approche thérapeutique sur « le tableau de bronchiolites » (cf. pièce 14 – Intimée). Dans un rapport d'expertise complémentaire du 30 avril 2021, le Prof. G_____ a répondu aux questions posées par l'intimée le 30 septembre 2019 et à celles formulées par la recourante par courriers des 18 septembre 2020 et 29 janvier 2021. L'expert se prononce ainsi sur les séquelles de l'accident du 29 juin 2005 au niveau pneumologique, la stabilisation et l'aggravation de l'état de santé, le lien de causalité entre cette aggravation et l'accident du 29 juin 2005, la capacité de travail dans l'activité habituelle de cadre bancaire et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ainsi que sur l'atteinte à l'intégrité.

Il convient en outre de relever que les appréciations différentes de l'expert G_____ et de la Dre L_____ s'agissant du traitement par Fasenra ont fait l'objet d'une instruction approfondie, les deux spécialistes ayant étayé de manière claire leurs appréciations respectives et s'étant déterminés sur leurs avis médicaux respectifs. À cet égard, la Cour de céans relèvera que les explications de la Dre L_____ contenues dans son rapport du 20 juillet 2023 sont claires et motivées. Il en ressort en particulier que le rapport bénéfice/risque attendu ne justifiait pas la mise en place de ce traitement chez la recourante, hors indication. En tout état de cause, le fait que ces deux pneumologues ne s'accordent pas sur le traitement à suivre ne suffit pas à nier la valeur probante de l'expertise, étant relevé que les deux pneumologues susvisés ont admis une aggravation de l'état de santé de la recourante, se sont prononcés de manière dûment motivée sur la capacité de travail dans une activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ainsi que sur l'atteinte à l'intégrité.

Or, il apparaît que les questions auxquelles ont répondu le Prof. G_____ en sa qualité d'expert et la Dre L_____ correspondent à celles que l'intimée a indiqué dans le questionnaire soumis au centre M_____ le 5 août 2024, soit des questions portant sur le lien de causalité entre les atteintes diagnostiquées et l'accident du 29 juin 2005, le traitement suivi depuis lors et un éventuel traitement permettant d'éviter des séquelles de l'accident, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'activité habituelle et l'activité adaptée ainsi que la question de l'atteinte à l'intégrité (cf. pièce n°169 – dossier intimée).

Surtout, il convient de relever qu'interrogée sur la motivation de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, l'intimée s'est limitée à indiquer que celle-ci se justifiait « afin de clarifier les limitations imputables à chaque trouble ainsi que, globalement, de définir les traitements exigibles éventuels du fait des

troubles et d'évaluer l'état définitif en relation avec l'événement de 2005 » (cf. décision litigieuse, p. 2), sans toutefois ni formuler de griefs précis à l'encontre des conclusions de l'expert G_____, ni faire état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de son expertise qui permettraient de lui nier toute valeur probante. Or, il sera à ce propos rappelé que, selon la jurisprudence fédérale, lorsqu'une expertise 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, l'assureur ne saurait écarter ce moyen de preuve aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet, dans le cas particulier, de douter de son bien-fondé (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Au vu de ces éléments, la Cour de céans retiendra que l'intimée échoue à démontrer la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise pneumologique, mesure qui s'apparenterait, selon l'examen effectué *prima facie* ci-dessus, à la recherche d'une « *second opinion* » sur des questions déjà investiguées par le Prof. G_____.

7.3 Concernant les volets médecine interne et ophtalmologique de la nouvelle expertise ordonnée par l'intimée, la Cour de céans relève ce qui suit.

Selon l'intimée, le volet ophtalmologique se justifie, dès lors que la recourante a elle-même mentionné, dans un courrier du 21 juillet 2022, que l'aggravation de son état de santé sur le plan pneumologique avait un impact direct sur le plan ophtalmologique et qu'elle a demandé, par courrier du 14 juin 2024, que la question du bilan annuel ophtalmologique face l'objet d'une instruction (cf. mémoire de réponse du 21 novembre 2024, p. 11).

La recourante conteste la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise comportant les deux volets susvisés. Elle soutient en effet que la question de la causalité entre les troubles oculaires et l'accident avait déjà été tranchée par la Cour de céans dans son arrêt du 14 mars 2019 et que le contrôle ophtalmique annuel était rendu nécessaire par le traitement de corticoïdes des troubles respiratoires. Par ailleurs, une expertise de médecine interne ne se justifiait pas dès lors la CPAI ne s'appliquait pas dans un cas de l'assurance-accidents et que la question de l'ostéopénie n'était plus litigieuse (cf. mémoire de recours, p. 15 et 16 ; courrier de la recourante du 22 août 2024, p. 2 et 3 [pièce n°177 – dossier intimée]).

7.3.1 Si l'assureur dispose d'une grande marge d'appréciation pour déterminer la nécessité, l'étendue et l'adéquation des mesures d'instruction qu'il entend mettre en œuvre, il n'est toutefois pas habilité à ordonner n'importe quel moyen de preuve et doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité, ainsi que par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance (cf. Jacques Olivier PIGUET, *in* Anne-

Sylvie DUPONT, Margit MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand LPGA, 2^e édition, 2025, n. 10 *ad* art. 43 LPGA).

7.3.2 En l'espèce, il ressort de l'ATAS/475/2013 et de l'ATAS/252/2019 que le lien de causalité entre l'accident du 29 juin 2005 et les troubles oculaires a été admis et qu'une IPAI a été octroyée à la recourante par l'intimée en lien avec les troubles ophtalmologiques (*cf.* ATAS/252/2019 consid. 8b). Dans son rapport du 5 juillet 2021, le Prof. G_____ indique que l'utilisation du traitement de « Trelegy avec 92ug de fluticasone fluroate » présente la meilleure garantie de ne pas avoir d'effets supplémentaires au niveau oculaire, mais que, dans ce contexte, un contrôle annuel chez un ophtalmologue est « probablement nécessaire » si la recourante continue de prendre un traitement par Pulmicort (*cf.* rapport du Prof. G_____ du 5 juillet 2021, p. 3 [pièce n°14 – Intimée]). La nécessité d'un tel contrôle annuel, et donc de sa prise en charge par l'intimée, étant jugée probable par le Prof. G_____, il apparaît que l'avis d'un expert ophtalmologue permettrait de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante requise, si un tel traitement doit être mis à charge de l'intimée.

Quant au volet de médecine interne, l'intimée n'indique pas les raisons pour lesquelles une expertise dans ce domaine serait nécessaire. Elle fait toutefois référence à l'ostéopénie à l'origine des fractures de la cheville dans son écriture du 27 mars 2025. La Cour de céans relève que, dans son rapport du 5 juillet 2021, le Prof. G_____ indique que la recourante « doit être suivie par un expert en ostéoporose si la prévention simple avec un Calcium et Vitamine D ne s'avère pas efficace dans l'année qui vient » (*cf.* pièce n°14 – Intimée). Or, il ressort d'un rapport de la Dre L_____ du 30 octobre 2023, faisant état des « traitements des pathologies et complications secondaires à l'accident du 29 juin 2005 », que l'ostéopénie fracturaire nécessitait encore des traitements qualifiés par cette spécialiste d'« absolument nécessaires pour stabiliser l'état de santé, éviter toute aggravation de son état de santé et maintenir la capacité de travail réduite à 60% » (*cf.* pièce n°148 – Intimée).

Au vu de ces éléments, l'avis d'un spécialiste en médecine interne apparaît, *prima facie*, utile pour évaluer les répercussions de l'ostéopénie sur l'état de santé de la recourante.

7.3.3 Au vu de ce qui précède, il ne peut être exclu qu'une instruction complémentaire par le biais d'une expertise comportant des volets de médecine interne et ophtalmologique soit pertinente dans le cas d'espèce, de sorte que l'intimée était fondée à l'ordonner dans ces deux spécialités médicales.

7.4 S'agissant de la question de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise comprenant un volet psychiatrique, la Cour de céans constate que tant la recourante que l'intimée sont d'avis qu'une expertise dans ce domaine se justifie dans le cas d'espèce, de sorte que le principe même de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'apparaît plus litigieux à ce stade.

La Cour de céans relève toutefois, s'agissant de la personne de l'expert psychiatre devant être mandaté, que les parties ont proposé deux médecins différents, la recourante souhaitant que le Professeur N_____, spécialiste en psychiatrie, soit désigné (*cf.* courrier de la recourante du 22 août 2024, p. 2 [*cf.* pièce n°177 – intimée] et mémoire de recours, p. 12), alors que l'intimée s'en est remise au choix effectué par le centre M_____, soit le docteur O_____, spécialiste en psychiatrie (*cf.* décision litigieuse, p. 3).

7.4.1 Au sens de l'art. 44 LPGGA, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4).

L'art. 7j de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA ; RS 830.11), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 et intitulé « recherche de consensus », dispose que si une partie récuse l'expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation. En l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus (al. 1). La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers (al. 2). Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus (al. 3).

Alors que, précédemment, les droits de participation de l'assuré constituaient une incombance – à moins qu'un office de l'assurance-invalidité ait souhaité confier une expertise mono- ou bidisciplinaire à un COMAI – la possibilité, pour l'assuré, de s'exprimer sur le choix de l'expert revêt dorénavant une importance plus grande puisque, selon le libellé de l'art. 7j al. 1 OPGA, en l'absence de motifs de récusation, les parties tentent de trouver un consensus (*cf.* ATAS/645/2024, *op. cit.*, consid. 8).

Comme l'a récemment mentionné le Conseil fédéral, la procédure de recherche de consensus est désormais réglée dans l'OPGA et vient renforcer les droits de participation des assurés : lorsque le mandat d'expertise est attribué directement à l'expert par une assurance et que l'assuré formule des objections qui ne constituent pas un motif de récusation, les parties doivent se concerter oralement ou par écrit pour tenter de parvenir à une proposition commune (*cf.* réponse du Conseil fédéral du 17 mai 2023 à la motion parlementaire 23.3282 du 16 mars 2023 ; *cf.* ATAS/645/2024, *op. cit.*, consid. 8).

Une même interprétation de l'art. 7j OPGA se dégage de la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI) édictée par l'OFAS (ch. 3080 ss). Bien que celle-ci s'adresse aux organes chargés de l'application de la loi sur l'assurance-invalidité, il n'y a pas de raison objective de dégager un sens différent à la disposition suivant le domaine des assurances sociales considéré, la LPGA et l'OPGA s'appliquant à toutes ses branches (*cf. ATAS/645/2024, op. cit., consid. 8*).

Au vu du but de la réforme de la LPGA, des textes du Conseil fédéral et de l'OFAS, il y a ainsi lieu de retenir que dans les cas où un motif de récusation au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA est absent (car il n'est pas présenté ou est rejeté), une recherche de consensus entre l'assureur et l'assuré doit avoir lieu, lorsque des objections à l'égard de l'expert ont été soulevées (*cf. ATAS/645/2024, op. cit., consid. 8*).

Dans ce cadre, l'assureur est tenu d'examiner les contre-propositions de l'assuré sans idée préconçue. L'assureur a alors le choix de s'en tenir à l'expert désigné ou de désigner un nouvel expert. Le choix de l'expert reste toutefois du ressort exclusif de l'assureur. Le Tribunal fédéral a clairement rejeté la conception selon laquelle un expert ne pourrait être désigné qu'avec le consentement de la personne assurée dès lors que celle-ci émet des objections à l'encontre de la personne de l'expert, car cela reviendrait à lui reconnaître un droit de veto (*cf. ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 ; Jacques Olivier PIGUET, Commentaire romand LPGA, op. cit., n. 25b ad art 44 LPGA*).

Le principe de l'attribution aléatoire des mandats d'expertises pluridisciplinaires développé en matière d'assurance-invalidité ne s'applique pas à l'assurance-accidents (*cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 4.2*).

7.4.2 En l'occurrence, il apparaît que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, médecine interne et ophtalmologie) par l'intimée devra être effectuée en application des art. 44 al. 2 LPGA et 7j OPGA, de sorte que la désignation des experts devra faire l'objet d'une recherche de consensus si la recourante formule des objections à l'égard des experts proposés par l'intimée. Le fait que l'expertise envisagée par l'intimée soit une expertise pluridisciplinaire n'entraîne pas l'application de l'art. 7j al. 3 OPGA, dès lors que le présent litige relève de l'assurance-accidents auquel le principe de l'attribution aléatoire des mandats d'expertises pluridisciplinaires développé en matière d'assurance-invalidité ne s'applique pas.

En revanche, il résulte de l'art. 44 al. 3 LPGA que l'intimée peut décider en dernier ressort des questions à soumettre aux experts. La recourante pourra donc suggérer des questions complémentaires, mais pas exiger que celles-ci soient incluses dans la mission d'expertise. En effet, il n'y a pas place pour un consensus

en la matière, contrairement à ce qui est prévu pour le choix des experts (cf. ATAS/711/2024 du 18 septembre 2024 consid. 3.4).

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse du 28 août 2024 annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise médicale comportant un volet psychiatrique et, si elle l'estime nécessaire, des volets de médecine interne et ophtalmologique.

La recourante, représentée par un avocat, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 2'000.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision incidente du 28 août 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée, dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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