



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3677/2012

ATAS/226/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 février 2013**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame T\_\_\_\_\_, domiciliée à Veigy-Foncenex, France,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc  
MATHEY-DORET

recourante

contre

MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, sise  
Bundesgasse 35, 3001 Berne, comparant avec élection de domicile  
en l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

intimée

**Siégant : Juliana BALDE, Présidente; Maya CRAMER; Valérie MONTANI, Karine  
STECK et Florence KRAUSKOPF, Juges; Christine LUZZATTO et Violaine  
LANDRY ORSAT, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame T \_\_\_\_\_, née en 1956, a une formation de secrétaire. Elle était employée en qualité de gestionnaire juridique par X \_\_\_\_\_ S.A. à Genève et, à ce titre, assurée contre le risque d'accidents auprès de la MOBILIERE SUISSE, société d'assurances (ci-après l'assureur-accidents, puis l'intimée). Elle est domiciliée en France.
2. Le 24 janvier 2006, l'assurée subit un accident de la circulation routière, au cours duquel son véhicule est violemment embouti à l'arrière par une camionnette dans une collision en chaîne, alors qu'elle est arrêtée au feu rouge.
3. L'assurée reprend le travail à 100% le 6 février 2006.
4. Le 26 août 2008, l'assurée est soumise, sur mandat de l'assureur-accidents, à une expertise médicale par le Dr A \_\_\_\_\_, neurochirurgien. Dans son rapport du 5 janvier 2009, il mentionne une IRM cervicale du 11 janvier 2007 qui montre une discrète discopathie C5-C6 et C6-C7. Les radiographies fonctionnelles avec recherche d'une instabilité montrent une mobilité exagérée du C4-C5. L'ensemble de ces éléments (cervicalgies mécaniques, instabilité radiologique, suppression partielle des douleurs par infiltration au niveau instable) a conduit à poser l'indication d'une stabilisation C4-C5. La patiente se plaint de douleurs cervicales accentuées par la mobilisation de la tête ou l'usage de ses membres supérieurs dans les mouvements répétitifs mais également dans les activités où elle doit les élever à une certaine hauteur. À l'examen, le Dr A \_\_\_\_\_ constate des contractures musculaires et les douleurs liées à la palpation des épineuses qui sont indéniablement d'origine organique. Les sensations subjectives de lâchage au niveau du membre supérieur gauche avec paresthésie, ainsi que les troubles de mémoire et de la concentration n'ont pas de substrat organique démontrable. Le Dr A \_\_\_\_\_ admet aussi un tableau clinique des troubles après distorsion de la colonne cervicale avec mécanisme de « coup de lapin ». L'ensemble des troubles sont imputables à l'accident. Pour une réduction plus efficace des symptômes, il faudrait envisager une chirurgie de stabilisation C4-C5, traitement qui ne peut toutefois offrir toutes les garanties de succès. Dans l'activité de gestionnaire juridique, la capacité de travail de l'assurée est complète au regard du tableau des troubles organiques dus à l'accident. Toutefois, il y a une diminution de rendement, en particulier si ce travail implique une activité prolongée à l'ordinateur ou des surcharges de travail impliquant un certain stress. Les séquelles de l'accident sont définitives. L'atteinte à l'intégrité est de l'ordre de 5%.
5. Par courrier du 26 janvier 2009, l'assureur-accidents informe l'assurée qu'il peut envisager d'entrer en matière sur la prise en charge d'un traitement telle qu'une chirurgie de stabilisation C4-C5.

6. En avril 2009, l'assurée requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant à titre de genre de l'atteinte "dépression suite au décès du conjoint et mon licenciement", tout en précisant que ce dernier est décédé en 2001.
7. Par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2009, l'assurée fait part à l'assureur-accidents, par l'intermédiaire de son conseil, qu'elle a fait le choix de ne pas subir l'intervention chirurgicale proposée, une telle indication opératoire étant controversée, selon le rapport du Dr B \_\_\_\_\_, neurochirurgien, du 7 juillet 2009. Elle invite toutefois l'assureur-accidents à statuer sur la question des prestations de longue durée et suggère de solliciter à nouveau le Dr A \_\_\_\_\_ pour un complément d'expertise, afin qu'il quantifie la baisse de rendement constatée et réactualise l'expertise sur les questions de la capacité de travail raisonnablement exigible et du taux de l'indemnité pour perte à l'intégrité.
8. Par courrier du 7 septembre 2009, l'assureur-accidents répond à l'assurée que le Dr A \_\_\_\_\_ parle certes d'une diminution de rendement mais qu'elle est à l'heure actuelle toujours occupée à son poste et ne lui a transmis aucun document établissant une quelconque perte de gain. Cela étant, l'assureur-accidents ne voit pas la nécessité d'un complément d'expertise.
9. Par courrier du 16 septembre 2009, l'assurée informe l'assureur-accidents qu'elle a perdu son emploi, ayant été licenciée en mars 2007 et n'a plus exercé d'activité depuis lors, à l'exception de quelques périodes. Elle est actuellement à la recherche d'un emploi adapté à sa situation sur le plan médical.
10. Par décision du 12 octobre 2009, l'assureur-accidents rejette l'opposition de l'assurée. Il admet le lien de causalité naturelle, mais non pas un lien de causalité adéquate des atteintes avec l'accident. Se fondant sur les critères établis par le Tribunal fédéral concernant les atteintes du type "coup du lapin", qu'il estime applicables, il fait valoir que le tableau clinique typique est relégué en l'occurrence au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique. Il s'étonne par ailleurs que l'assurée n'ait pas fait part à l'expert d'une quelconque incapacité de travail, alors que ce point faisait l'objet précisément d'une question posée à l'expert, et que le catalogue des questions avait été élaboré d'entente avec l'assurée.
11. Par courrier du 27 octobre 2009, l'assurée rappelle à l'assureur-accidents qu'il a reconnu le lien de causalité entre les atteintes et l'accident, suite à l'expertise du Dr A \_\_\_\_\_, ainsi que devoir prendre en charge son traitement médical, en particulier une intervention chirurgicale évoquée par l'expert. L'assureur-accidents ne saurait dès lors revenir sur cette position. Elle s'oppose également à l'application de la jurisprudence qui a été établie pour des troubles psychiques consécutifs à un accident.

12. Par courrier du 5 novembre 2009, l'assureur-accidents répète à l'assurée qu'elle a repris son activité à plein temps le 6 février 2006 et ne lui a jamais annoncé une quelconque incapacité de travail liée à l'accident jusqu'à son courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2009. Il s'étonne que l'assurée réclame, plus de trois ans après l'accident, des prestations de longue durée, alors qu'aucune perte de gain n'a jamais été évoquée ni par l'assurée, ni par son médecin-traitant, ni même par son conseil.
13. L'assurée recourt contre la décision du 12 octobre 2009 de l'assureur-accidents. Dans le cadre de ce recours, elle verse à la procédure une expertise complémentaire du 14 décembre 2009 du Dr A \_\_\_\_\_, selon laquelle sa capacité de travail dans son ancienne profession ne dépasse pas 50%. Dans une activité similaire, sans activité intellectuelle soutenue conduisant à des prises de décisions importantes, la capacité de travail pourrait être de 60%, voire de 100%, si l'activité permet des changements de position fréquents avec une utilisation limitée de l'ordinateur, des horaires de travail et un rythme de travail réguliers. L'expertisée doit en outre pouvoir bénéficier d'un environnement calme, sans bruit excessif. Dans l'anamnèse, l'expert relève notamment que l'expertisée recherche actuellement un travail à temps partiel et qu'elle est suivie par la Dre C \_\_\_\_\_ pour un syndrome dépressif. Elle prend également un traitement antidépresseur. Concernant la distinction entre les troubles d'origine organique et d'origine psychique, l'expert expose ce qui suit :

«La patiente présente des cervicalgies avec des contractures musculaires, des points douloureux cervicaux et une limitation de la rotation cervicale. Ces éléments correspondent au grade II de la classification des distorsions cervicales selon la Quebec Task Force (Spine, 1995). La présence d'une instabilité C4-C5, telle que documentée par les radiographies fonctionnelles et l'analyse selon Penning, est un élément qui oriente vers le grade IV selon la même classification. Les céphalées sont en rapport avec les lésions ligamentaires de l'instabilité C4-C5. Les sensations vertigineuses également. On incrimine des mécanorécepteurs avec une dysfonction du système sympathique. La faiblesse et la lourdeur des membres supérieurs s'inscrit dans le cadre d'une inhibition réflexe de la contraction musculaire liée à la douleur cervicale. Les troubles de la concentration et de la mémoire ont été mis en relation avec des lésions cérébrales telles que celles observées lors de traumatismes crânio-cérébraux mineurs dans lesquels une accélération/décélération subite peut entraîner une atteinte axonale diffuse.

On retrouve donc chez (l'assurée) un tableau clinique typique et presque complet d'un syndrome cervical post-traumatique par distorsion cervicale. ».

L'expert confirme enfin que l'atteinte à l'intégrité corporelle se situe autour de 5%.

14. Par jugement du 30 juin 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011), rejette le recours dans la mesure où il est recevable. Ce faisant, il nie un lien de causalité entre l'incapacité de travail et l'accident, tout en laissant ouverte la question du lien de causalité de l'instabilité cervicale avec cet évènement et en informant l'assurée qu'il lui est loisible de requérir des prestations pour une éventuelle intervention chirurgicale nécessaire.
15. Par arrêt du 10 août 2011, le Tribunal fédéral annule ce jugement et renvoie la cause à l'assureur-accidents pour examiner si une chirurgie de stabilisation C4-C5 est raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement la capacité de travail de l'assurée, tout en précisant que l'assureur-accidents pourra réduire ou refuser le cas échéant temporairement ses prestations, si l'assurée refuse de s'y soumettre, après lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences de son refus. Le Tribunal fédéral enjoint également l'assureur-accidents d'examiner si l'incapacité de travail de longue durée apparue le 24 septembre 2008 résulte de l'atteinte à la santé due à l'accident. Ce faisant, notre Haute Cour considère que la causalité naturelle et adéquate entre le déficit fonctionnel organique post-traumatique sous la forme d'une instabilité C4-C5 et l'accident est établie.
16. A la demande de l'assureur-accidents, l'assurée précise le 26 septembre 2011 qu'elle demande la prise en charge de ses frais médicaux, le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, le versement des indemnités journalières à 100% depuis le 24 septembre 2008 jusqu'au 24 janvier 2009, date de la stabilisation de son état de santé selon l'expertise du 14 décembre 2009 du Dr A\_\_\_\_\_, et le versement d'une rente d'invalidité, sur la base de la comparaison des revenus et des constatations médicales de l'expert précité.
17. Après plusieurs échanges de courriers entre les parties, l'assureur-accidents informe le 10 avril 2012 l'assurée qu'il a l'intention de confier un mandat d'expertise au Dr D\_\_\_\_\_ et lui transmet la liste des questions à celui-ci.
18. Par courrier du 17 avril 2012, l'assurée s'oppose au choix de l'expert et propose de confier le mandat au Dr A\_\_\_\_\_, au Prof. E\_\_\_\_\_ ou au Prof. F\_\_\_\_\_. Elle s'oppose également au questionnaire soumis à l'expert, en ce que les questions ne tiennent pas compte du résultat des investigations médicales effectuées à ce jour et du cadre restant à examiner, en rappelant que le Tribunal fédéral a tranché définitivement que l'accident était la cause naturelle et adéquate d'un déficit fonctionnel post-traumatique sous la forme d'une instabilité C4-C5. Selon l'assurée, il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur ce point en demandant à l'expert, de manière générale, de se prononcer sur l'existence de toutes les atteintes

susceptibles d'avoir été causées par l'accident. En revanche, l'expert devrait se prononcer également sur le caractère invalidant d'éventuelles autres atteintes en relation de causalité avec l'accident, ainsi que sur la question de savoir si l'opération de stabilisation est raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement la capacité de travail. En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'expertise du Dr A\_\_\_\_\_ a conclu à une atteinte de 5%, ce qui n'a jamais été contesté. Il s'agissait donc uniquement de demander à l'expert s'il existait une atteinte supplémentaire.

19. Par courrier du 10 mai 2012, l'assureur-accidents maintient le choix du Dr D\_\_\_\_\_, sans donner une justification, et soumet à l'assurée un nouveau questionnaire. S'agissant du versement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il suggère d'attendre le résultat de l'expertise
20. Par courrier du 22 mai 2012, l'assurée persiste à s'opposer au choix du Dr D\_\_\_\_\_, en faisant valoir que celui-ci ne jouit pas d'une réputation d'indépendance à l'égard des compagnies d'assurances, de sorte que le choix unilatéral de ce médecin apparaît inapproprié. Elle invite dès lors l'assureur-accidents à choisir un expert parmi les trois médecins proposés ou d'en proposer trois autres. L'assurée continue également à s'opposer au questionnaire, en relevant notamment que celui-ci paraît orienté pour obtenir des réponses dans le sens souhaité. A défaut d'obtenir satisfaction, l'assurée demande une décision formelle. Enfin, elle met l'assureur-accidents en demeure de lui verser l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et de lui rembourser les frais médicaux.
21. Par courrier du 11 juin 2012, l'assureur-accidents accepte de verser l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et de prendre en charge les frais médicaux jusqu'au 23 septembre 2008, tout en maintenant le choix du Dr D\_\_\_\_\_ et en soumettant à l'assurée un nouveau questionnaire.
22. Par courrier du 26 juin 2012, l'assurée conteste la limitation de la prise en charge des frais médicaux au 23 septembre 2008, en rappelant que le Tribunal fédéral a reconnu le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le déficit fonctionnel organique post-traumatique sous la forme d'une instabilité C4-C5. L'assureur-accidents est dès lors tenu de rembourser les frais de traitement de cette instabilité au-delà de cette date. La cause est en outre renvoyée uniquement pour examiner si l'incapacité de travail apparue le 24 septembre 2008 résulte de l'atteinte à la santé due à l'accident. Elle juge toujours le questionnaire et le choix de l'expert inacceptables, en relevant que rien ne justifie d'imposer le Dr D\_\_\_\_\_, alors qu'elle a transmis trois propositions d'experts.
23. Par décision du 18 juillet 2012, l'assureur-accidents maintient sa position, au motif notamment que les critiques à l'égard du Dr D\_\_\_\_\_ ne constituent pas des raisons légales de récusation et ne sont de surcroît pas fondées.

24. Le 3 septembre 2012, l'assurée forme opposition à cette décision, en concluant à son annulation, au remboursement des frais médicaux au-delà du mois de septembre 2008, ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise médicale limitée aux questions de son propre questionnaire et confiée à l'un des experts proposés.
25. Par décision du 5 novembre 2012, l'assureur-accidents rejette l'opposition. Concernant les frais médicaux postérieurs au 24 septembre 2008, il fait valoir qu'il n'a pas refusé de les rembourser, mais qu'il ne prendra une décision à ce sujet qu'une fois déterminé, par une expertise, si l'opération chirurgicale de stabilisation C4-C5 est raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement la capacité de travail de l'assurée. Il rappelle à cet égard qu'il peut réduire ou refuser ses prestations temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose ou ne participe pas spontanément à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail, après avoir adressé à l'assuré une mise en demeure écrite. Par ailleurs, tant que l'assuré n'est pas au bénéfice d'une rente, le traitement médical doit seulement être pris en charge s'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Lorsque l'assuré perçoit une rente, la prise en charge du traitement médical est soumise notamment à la condition que ce traitement est nécessaire, de manière durable, pour conserver la capacité de gain résiduelle ou, en cas d'incapacité de gain, que les mesures médicales améliorent notablement l'état de santé et empêchent une notable détérioration de celui-ci. Ce n'est qu'à la lumière des résultats de l'expertise complémentaire que l'assureur-accidents pourra examiner si les conditions légales pour la prise en charge du traitement sont réalisées. Quant au droit de participation de l'assuré dans la procédure d'expertise indépendante, l'assureur-accidents allègue que, selon la jurisprudence, ce droit est purement formel et que l'autorité dispose à cet égard des pouvoirs décisionnels, de sorte que le choix de l'expert reste l'apanage du seul assureur et n'a pas à être justifié. Le droit d'être entendu est respecté si l'assurance communique le nom et la spécialisation de l'expert à l'assuré avant l'expertise, ce qui est le cas en l'espèce. Il n'y a par ailleurs pas de motif de récusation formel en l'occurrence, dès lors que, selon la jurisprudence, le seul fait qu'un expert médical soit fréquemment mandaté par un assureur social n'est pas en soi propre à créer une apparence de prévention. S'agissant de la mission de l'expert, l'obligation de l'assureur de la porter à la connaissance de l'assuré est uniquement formelle. Elle implique certes de réexaminer la situation, mais n'emporte aucun critère strict de modification. L'assureur-accidents s'est conformé in casu à cette obligation, en modifiant le premier questionnaire communiqué à l'assurée.
26. Par acte du 6 décembre 2012, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant principalement à la constatation que la cause est suffisamment instruite sur le plan médical, sous suite de dépens.

Subsidiairement, elle conclut à ce qu'une expertise médicale judiciaire, confiée à un expert neutre et indépendant et dont le champ est limité au contenu du questionnaire proposé par la recourante, soit ordonnée, et au renvoi de la cause à l'intimée pour décision sur l'octroi des prestations. Plus subsidiairement, elle conclut à la constatation que le questionnaire d'expertise rédigé par l'intimée est contraire au droit, et à ce que les questions 5 à 8 et 13 à 15 en soient en particulier expurgées, à la constatation que le champ de l'expertise doit être limité au contenu du questionnaire proposé par la recourante, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de choisir l'expert parmi les trois propositions de la recourante et au renvoi de la cause à l'intimée pour décision sur expertise au sens des considérants. La recourante reprend ses précédents arguments et persiste à considérer que le contenu de l'expertise envisagée excède le cadre fixé par l'arrêt du Tribunal fédéral rendu dans la présente cause, tout en alléguant que la jurisprudence interdit de solliciter un nouvel avis sur des questions de fait déjà élucidées. En ce qui concerne le choix de l'expert, la recourante estime que l'entêtement de l'intimée à vouloir imposer son choix, sans la moindre indication de motif, alors que l'indépendance du Dr D\_\_\_\_\_ est notoirement controversée, est incompréhensible et contraire à la jurisprudence récente en la matière. De l'avis de la recourante, cet entêtement ne peut s'expliquer que par une intention d'obtenir de la sorte une expertise favorable à l'intimée. Cette attitude donne une impression de prévention suffisante à l'égard de l'expert imposé par l'intimée, justifiant son éviction en vertu des principes régissant la récusation indépendamment des autres motifs évoqués. La recourante se prévaut par ailleurs d'un nouveau rapport du 5 décembre 2012 du Dr A\_\_\_\_\_ sur les questions médicales pertinentes en suspens, auquel elle attribue une pleine valeur probante. Cela étant, elle demande, par économie de procédure, de constater que ce rapport répond à l'ensemble de ces questions et de renvoyer la cause à l'intimée pour statuer sur son droit aux prestations. Si la Cour ne devait pas juger le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ suffisant, il lui appartiendrait alors d'ordonner elle-même une expertise judiciaire.

27. Le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ produit avec le recours est non daté et intitulé "Questionnaire relatif à l'expertise de [la recourante] du 29 août 2012 établi par Maître Marc MATHEY-DORET - INDEMNIS". En préambule, ce médecin précise s'être fondé, pour répondre à ce questionnaire, sur l'avis médical du Dr G\_\_\_\_\_, sur ses précédents avis, l'expertise de psychiatrie de la Clinique CORELA du 14 mai 2010, le certificat médical établi par le Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre à Thonon-les Bains, ainsi que l'arrêt du Tribunal fédéral rendu dans la présente cause. De l'anamnèse sociale, il ressort notamment que la recourante, après son licenciement de X\_\_\_\_\_ en 2007, a été engagée auprès d'Y\_\_\_\_\_ Assurances en qualité de gestionnaire de sinistres, contrat qu'elle a rapidement rompu en raison de difficultés d'attention, de concentration et de mémoire. Par la suite, elle a travaillé pendant quelques mois dans une étude d'avocats, mais la mauvaise ambiance a accentué ses difficultés, raison pour laquelle elle a rapidement

---

démisionné. Depuis lors, elle n'a plus travaillé. Dans les plaintes actuelles, le Dr A\_\_\_\_\_ mentionne des douleurs cervicales mécaniques en relation avec les mouvements de la nuque ou le maintien prolongé de la même posture. Les symptômes sont accentués par l'utilisation des membres supérieurs, notamment en hauteur, et soulagés par le port d'une collerette cervicale ou lorsqu'elle peut reposer ses avant-bras sur une surface. Elle souffre par ailleurs de céphalées fréquentes, de vertiges et d'acouphènes occasionnels. Ces atteintes engendrent des troubles de concentration, de mémoire et une certaine irritabilité, ainsi que sur le plan fonctionnel, une certaine maladresse motrice (tremblements importants lorsqu'elle doit faire des mouvements fins et précis) ou des erreurs dans l'exécution de certaines tâches nécessitant une grande concentration. Il n'y a pas d'autres troubles de la santé en relation de causalité avec l'accident du 24 janvier 2006. Quant aux limitations fonctionnelles constatées, elles sont exclusivement dues à l'accident du 24 janvier 2006, d'autant plus que les bilans radiologiques et IRM effectués immédiatement après l'accident ne montrent pratiquement pas de signes d'atteintes dégénératives. Le statu quo ante n'a pas été atteint et ne le sera jamais. Le Dr A\_\_\_\_\_ relève en outre une nette aggravation de l'état de santé par rapport à son évaluation de décembre 2009, l'assurée ayant de plus en plus de difficultés dans les actes de la vie quotidienne et dans son ménage. La capacité de travail dans la profession antérieure, avec le même niveau de plafonnement, est dès lors nulle, selon ce médecin. Il n'y a pas d'activité adaptée qui puisse tenir compte de l'ensemble de ces facteurs. Cette appréciation est définitive après deux ans sans évolution. Par ailleurs, l'évolution du status psychiatrique, en partie réactionnelle à cette situation, renforce encore cette prise de position. Quant au traitement médical, une amélioration notable de la situation n'est plus envisageable, mais la poursuite des traitements est indispensable pour maintenir le statu quo actuel et ceci à vie. En ce qui concerne les bénéfices d'une opération de stabilisation chirurgicale C4-C5, aucune garantie ne peut être donnée pour le succès d'une telle intervention, du fait que les traumatismes avec entorse cervicale sont souvent plus diffus qu'ils n'apparaissent sur les examens radiologiques et IRM. En effet, les lésions des ligaments et des capsules articulaires cervicales peuvent être plus étendues, touchant les segments voisins, même si en l'occurrence le segment C4-C5 a absorbé la majorité de l'énergie. La lésion des segments voisins ne peut être détectée par les méthodes actuelles de l'imagerie. Ainsi, la part des douleurs liée à l'atteinte des segments adjacents ne serait pas influencée par une chirurgie touchant le niveau le plus atteint. L'opération de stabilisation C4-C5 n'est donc pas raisonnablement exigible. Le Dr A\_\_\_\_\_ confirme enfin une atteinte à l'intégrité de 5%.

28. Dans sa réponse du 15 janvier 2013, l'intimée conclut au rejet du recours, par l'intermédiaire de son conseil. Elle souligne qu'elle ne fait que répondre au devoir qui lui incombe en vertu de l'arrêt du Tribunal fédéral rendu dans la présente cause, en mettant en place une expertise médicale. Il ne s'agit donc pas de recueillir une "second opinion", ce qui serait proscrit. Quant au choix de l'expert, elle persiste à

considérer que ce choix est l'apanage du seul assureur, tout en mettant en exergue que la recourante ne présente aucun élément concret permettant de déceler une apparence de prévention de l'expert retenu. Par ailleurs, les propositions alternatives d'experts de la recourante ne reposent pas sur des motifs fondés. S'agissant de ses remarques quant à la mission de l'expert, l'intimée rappelle avoir corrigé une première fois la liste des questions. Elle a maintenu le second questionnaire modifié, jugeant qu'il a été contesté sans raison valable par la recourante. L'intimée considère par ailleurs que ce questionnaire n'excède en rien le cadre posé par l'arrêt du Tribunal fédéral du 10 août 2011. Elle doit notamment déterminer par une expertise si une opération de chirurgie de stabilisation C4-C5 est exigible. Partant, elle doit pouvoir apprécier la situation d'une manière globale pour prendre une décision sur la base d'autres motifs que celui de l'absence d'un lien de causalité adéquate. Elle doit ainsi pouvoir poser toutes les questions nécessaires pour être capable d'analyser un éventuel refus ou une réduction des prestations, ainsi que de juger d'une amélioration de la capacité de travail. L'intimé fait en outre valoir qu'elle ne serait en tout état de cause pas légitimée à remettre en question les conclusions de l'arrêt du Tribunal fédéral, s'agissant du constat d'un lien de causalité entre l'instabilité C4-C5 et l'accident. Ainsi, elle ne voit pas ce que la recourante aurait à craindre du questionnaire soumis à l'expert. Concernant le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ produit avec le recours, l'intimée lui dénie toute valeur probante, ce médecin ayant été mis en œuvre sans le concours de l'intimée. Par ailleurs, le Dr A\_\_\_\_\_ a vraisemblablement reçu une aide substantielle pour établir son rapport. De surcroît, il ne semble pas avoir examiné la recourante. Il ne cite pas non plus le rapport de radiologie effectué par le Dr I\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2012 que l'intimé joint à la procédure. Ce rapport est défavorable à la recourante, dans la mesure où il fait état de signes dégénératifs encore minimes sans évolution significative par rapport à 2007. Selon ce médecin, aucune listhésis, notamment au niveau C4-C5, soit aucune instabilité, n'a été constatée. Au vu de ces éléments, l'intimée estime que le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ ne remplit pas les conditions d'impartialité et d'indépendance qui devraient caractériser une expertise. Ce rapport ne saurait ainsi valoir mesure d'instruction complémentaire au sens de l'arrêt du Tribunal fédéral précité. Quant à la requête de la recourante visant à obtenir une expertise judiciaire, elle va à l'encontre des principes découlant de l'économie de procédure. En ce que la recourante exige le remboursement des frais médicaux en relation avec les déficits fonctionnels organiques post-traumatiques sous la forme d'une instabilité C4-C5, elle perd de vue que l'intimée doit également examiner si l'opération chirurgicale de stabilisation est raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notamment sa capacité de travail. Le cas échéant, l'intimée serait en droit de réduire ou de refuser temporairement les prestations. A cela s'ajoute que l'intimée doit examiner s'il y a encore lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé. L'intimée ne refuse pas, en l'état, de rembourser les frais médicaux relatifs à la

période postérieure au 23 septembre 2008, mais examinera cette question sur la base de l'expertise complémentaire.

29. Sur ce, la cause a été 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). La décision dont est recours est une décision d'ordonnancement au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA. A cet égard, il est à relever que la voie de l'opposition n'est pas ouverte contre de telles décisions, selon l'art. 52 al. 1 LPGA. Ces décisions peuvent donc être portées directement devant l'instance de recours (art. 56 al. 1 LPGA).

3. En premier lieu, il convient de définir l'objet du litige.

a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b) En l'occurrence, l'intimée a ordonné par la décision querellée une expertise médicale à confier au Dr D\_\_\_\_\_, tout en définissant la mission de celui-ci.

En ce qui concerne le principe même de la mise en place d'une expertise, cela correspond à une injonction du Tribunal fédéral. La recourante ne peut donc s'y opposer, en demandant qu'il soit constaté que la cause est suffisamment instruite sur le plan médical par le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ qu'elle a produit avec le recours. Sa conclusion dans ce sens n'est donc pas recevable.

En tout état de cause, le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ ne peut être considéré comme une expertise. Il n'est pas intitulé comme tel ni même daté. Par ailleurs, il a été mis en œuvre sans le concours de l'intimée. Enfin, il paraît incomplet, ne comportant notamment pas un résumé des rapports postérieurs au complément d'expertise de ce médecin du 14 décembre 2009 ni les autres diagnostics sans rapport avec l'accident qui peuvent également influencer négativement la capacité de travail de la recourante. Le rapport ne contient pas non plus un examen clinique.

La recourante demande en outre que la Cour mette en œuvre une expertise médicale judiciaire. Toutefois, une telle expertise ne pourrait être ordonnée dans le cadre de la procédure judiciaire que si l'objet du litige concernait le fond et que l'instruction était incomplète. Or, en l'occurrence, seuls sont litigieux le choix et la mission de l'expert.

L'objet du litige ne concerne pas non plus le remboursement des frais de traitement relatifs à l'instabilité C4-C5. En effet, l'intimée n'a pas pris de décision au sujet de ces prestations, dans l'attente du résultat de l'expertise médicale qui devra être mise en œuvre.

Il résulte donc de ce qui précède que le seul objet du litige est en l'occurrence le choix et la mission de l'expert.

4. Dans son arrêt publié à l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) et a jugé que cet acte doit revêtir, en l'absence d'un accord, la forme d'une décision incidente correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral. Il a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss).

---

Selon l'arrêt publié à l'ATF 137 V 210, l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.). Notre Haute Cour 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 p. 256).

5. En l'espèce, la recourante s'oppose en premier lieu au choix de l'expert, en faisant valoir que le Dr D\_\_\_\_\_ ne jouit pas d'une réputation d'indépendance à l'égard des assureurs. Il ne s'agit pas d'un motif de récusation formel, aucune apparence de prévention dans le cas concret n'étant établie ni même alléguée. Néanmoins, selon la nouvelle jurisprudence en la matière, la recourante est habilitée à faire valoir ce motif matériel.

Il ne peut être nié que le Dr D\_\_\_\_\_ est fréquemment mandaté par les assureurs. Indépendamment de ce fait, il convient de constater dans le cas présent que l'intimée n'a à aucun moment essayé de parvenir à un accord avec la recourante sur le choix de l'expert, lorsque celle-ci s'est opposée à la désignation du médecin précité, tel que cela est aujourd'hui préconisé par notre Haute Cour. Elle n'a jamais non plus justifié pourquoi elle persistait à vouloir mandater le Dr D\_\_\_\_\_ et refusait de faire d'autres propositions d'experts. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, cette façon de faire viole les droits de participation de l'assurée dans la procédure de désignation de l'expert, lorsque l'assuré déclare son désaccord avec la personne pressentie à ce titre par l'assureur.

Partant, la cause doit être renvoyée à l'intimée, afin qu'elle se prononce sur les personnes proposées à titre d'expert par la recourante ou, si celles-ci ne lui conviennent pas, propose un ou plusieurs autres médecins susceptibles d'assumer le mandat d'expertise.

6. a) En ce qui concerne le droit des parties de se prononcer sur les questions à soumettre à l'expert, il ne suffit pas que le droit d'être entendu soit seulement

"formellement" respecté, comme le fait valoir l'intimée. La jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de droits constitutionnels a également déduit du droit d'être entendu le droit d'obtenir une décision motivée. L'autorité doit donc prendre position sur les questions décisives (ATF 137 II 266 consid. 3.2 p. 270 ; 136 I 229 consid. 5.2 p. 236 ; 134 I 83 consid. 4.1 p. 88 et les arrêts cités ; Arrêts du Tribunal fédéral 2D\_2/2012 du 19 avril 2012 consid. 3.1 ; 2C\_455/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.3 ; 2D\_36/2011 du 15 novembre 2011 consid. 2.1 ; 1C\_424/2009 du 6 septembre 2010 consid. 2 ; T. TANQUEREL, Manuel de droit administratif, Genève-Zurich-Bâle 2011, p. 521 n. 1573). Cela implique que l'assureur doit également tenir compte des remarques des parties et ne peut écarter leurs conclusions sans motif valable. Dans la mesure où la mission de l'expert doit faire l'objet d'une décision incidente en cas de désaccord, elle peut ensuite être contrôlée par l'instance de recours. Lorsque la participation de la personne concernée aboutit à des questions adéquates dans le cas concret, cela contribue en outre de façon notable à la qualité de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9 p. 258). Quant à la jurisprudence citée par l'intimée, elle est antérieure à l'ATF 137 V 210 qui a renforcé les droits de participation des parties dans la mise en place d'une expertise médicale.

b) S'agissant de l'étendue de l'expertise, elle est en l'occurrence largement déterminée par l'arrêt du Tribunal fédéral du 10 août 2011. Dans cet arrêt, notre Haute Cour a clairement constaté, d'une part, que la recourante souffre d'un déficit fonctionnel organique post-traumatique sous la forme d'une instabilité C4-C5, et d'autre part, que ce déficit est en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 24 janvier 2006. Cela étant, il sied de considérer, avec la recourante, que cette question a été définitivement tranchée, de sorte qu'elle ne peut plus faire l'objet de l'expertise.

Selon le Tribunal fédéral, celle-ci doit porter sur la question de savoir, d'une part, si l'incapacité de travail de longue durée apparue le 24 septembre 2008 résulte du déficit fonctionnel organique post-traumatique sous la forme d'une instabilité C4-C5, et d'autre part, si la chirurgie de stabilisation C4-C5 est exigible. Par ailleurs, dans la mesure où la prise en charge du traitement médical continue à se poser, il sied de faire porter l'expertise également sur cette question.

A la lumière de ce qui précède, il appert que les chiffres 5 à 8 du questionnaire d'expertise élaboré par l'intimée dépasse le cadre fixé par le Tribunal fédéral, de sorte qu'ils sont à écarter.

c) La recourante conclut également à ce que les chiffres 13 à 15 de ce questionnaire soient écartés. Il s'agit des questions suivantes :

13. En ne tenant compte que de l'accident de 2006 et de ses suites, estimez-vous qu'un statu quo ante et sine peut être prononcé ? Si oui, à partir de quelle date ?
14. Même sans accident, des facteurs étrangers auraient-ils aussi, au degré de la vraisemblance prépondérante de par leur dynamique propre porté atteinte à la capacité de travail de l'assuré et dans quelle proportion ?
15. Plus particulièrement depuis le 24 septembre 2008 :
  - 15.a. Dans quelle proportion la dépression dont souffre l'assurée influe sur sa capacité de travail ?
  15. b. Dans quelle proportion le suivi du cancer du sein de l'assurée influe sur sa capacité de travail ?
  - 15.c. Dans quelle proportion la dysidrose dont souffre l'assurée influe sur sa capacité de travail ?

La recourante juge ces questions redondantes et orientées. Tel n'est cependant pas l'avis de la Cour. Dès lors que la recourante souffre également de troubles psychiques ou du moins en a souffert, il est légitime de déterminer si ces atteintes influencent également sa capacité de travail. Il en va de même des autres pathologies sans rapport avec l'accident de 2006.

Enfin, la recourante a fait une proposition de questionnaire d'expertise. Il sied dès lors de déterminer dans quelle mesure ses questions sont à retenir.

Concernant le chiffre 3 du questionnaire de la recourante, la question qui se pose est moins de savoir s'il y a d'autres atteintes à la santé en relation de causalité avec l'accident, mais plutôt quelles atteintes à la santé, à l'exception de l'instabilité C4-C5, ne sont pas en relation de causalité avec l'accident. Il convient donc de compléter le questionnaire de l'intimée par cette question, ce qui recouvre la question 3a à 3c de la recourante. Quant aux questions 3d et 3e portant sur le statu quo sine et statu quo ante, elles se recouvrent avec la question 13 de l'intimée.

S'agissant de la question 4 portant sur la capacité de travail de la recourante, le questionnaire de l'intimée ne comporte aucune question concernant le taux de capacité de travail dans la profession antérieure et dans une activité adaptée. Partant, il se justifie d'insérer la question 4a dans le questionnaire d'expertise en lieu et place de la question 17 du questionnaire de l'intimée.

Enfin, on ne comprend guère pourquoi l'intimée s'oppose à la question 5a de la recourante, dès lors que cette question a trait aux traitements médicaux encore nécessaires, ainsi qu'à leur utilité. En effet, le questionnaire de l'intimée ne contient aucune question y relative. Ainsi, il convient également d'insérer la question 5a de

la recourante dans la mission de l'expert. Quant à la question 5b, elle se recoupe avec la question 19 du questionnaire de l'intimée.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimée, afin qu'elle tente de se mettre d'accord avec la recourante sur le choix de l'expert. Le questionnaire d'expertise sera par ailleurs reformé dans le sens des considérants.
8. Dans la mesure où la recourante obtient gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

\*\*\*

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

**Statuant**

**Conformément à l'art 133 al. 2 LOJ**

1. Admet partiellement le recours, dans la mesure où il est recevable.
2. Réforme la décision dont est recours en ce qu'elle porte sur le questionnaire d'expertise dans le sens des considérants.
3. Annule la décision en ce qu'elle désigne le Dr D\_\_\_\_\_ en tant qu'expert,
4. Renvoie le cause à l'intimée, afin qu'elle tente de se mettre d'accord avec la recourante quant au choix de l'expert, dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.

La greffière

La Présidente

Laure GONDRAND

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le