

## **GE\_GERICHTE ATAS/922/2017 vom 18. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_922\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_922_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/922/2017 du 18 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/922/2017 del 18 ottobre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 32**

Dans sa réplique du 7 février 2017, la recourante a relevé que le second séjour à la CRR avait pour but d'évaluer sur le plan médical l'incapacité fonctionnelle définitive. Ainsi, même si la CRR ne s'était pas vu adresser un questionnaire au sens formel du terme, sa mission était en tout point comparable à celle d'un expert. Elle a répété que l'intimée visait à obtenir un deuxième avis, plus favorable à ses intérêts que celui exprimé par les médecins de la CRR, et ainsi à appuyer et consolider la position de son médecin-conseil, évoquée dans son rapport du 28 avril 2016. Ensuite, la recourante a argué que la jurisprudence citée par l'intimée, pour soutenir que le simple fait de désigner un expert qui intervenait en tant que médecin-conseil d'une autre compagnie d'assurance ne suffisait pas pour le récuser, n'était d'aucun secours ; dans l'arrêt 8C\_541/2014 du 17 février 2015, le Tribunal fédéral, qui avait résumé l'avis exprimé dans cette affaire par la juridiction cantonale, n'avait pas pris position sur cette question, le recours ayant été considéré comme irrecevable, et dans l'arrêt 8C\_112/2010 du 17 août 2010, la question n'avait pas été tranchée. En outre, l'intimée n'avait jamais indiqué la raison pour laquelle les experts offerts par la recourante, laquelle n'avait du reste pas été invitée à formuler des propositions quant au choix de l'expert, ne convenaient pas. À aucun moment, l'intimée n'avait cherché le consensus ou le dialogue concernant le choix de l'expert orthopédique. Sur cette base, la recourante a persisté dans ses conclusions et relevé qu'une audience de comparution personnelle des parties était nécessaire pour réparer la violation de son droit d'être entendue et permettre une discussion quant au choix de l'expert. À cette occasion, il y avait lieu d'entendre le Dr S\_\_\_\_\_ afin qu'il explique l'ampleur et l'importance de son activité d'expert, respectivement de médecin-conseil d'un autre assureur. Enfin, la recourante a pris acte du fait que le

A/3031/2016 - 14/23 - Dr L\_\_\_\_\_ n'avait pas participé au choix de l'expert, et a ainsi renoncé à son audition.

#### **E. 33**

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

assureur LAA, soit le Groupe Mutuel, dans la mesure où dans son courrier du 10 juin 2016, elle proposait, entre autres, de choisir le Dr T\_\_\_\_\_, également médecin- conseil du Groupe Mutuel. Enfin, l'intimée a répété que, dans le cadre d'un recours incident relatif à la désignation d'un expert, le tribunal était incompétent pour ordonner lui-même une expertise ou un complément d'expertise, ou pour désigner un expert. Elle a réitéré son opposition à la tenue d'une audience, notamment à l'audition du Dr S\_\_\_\_\_ ; le rôle d'un médecin-conseil dans une assurance était connu et, selon la jurisprudence, le nombre de mandats d'expertise qui lui étaient éventuellement confiés ne constituait pas un motif de récusation.

#### **E. 34**

Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante, et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément 3. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42

A/3031/2016 - 15/23 - consid. 2.1). Les décisions préjudicielles et incidentes désignent toutes les décisions qui ne mettent pas un terme à la procédure et qui ne sont dès lors ni des décisions finales, ni des décisions partielles (ATF 133 V 477 consid. 4.1.3). Selon l'art. 92 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF - RS 173.110), les décisions préjudicielles et incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur la compétence ou sur une demande de récusation peuvent faire l'objet d'un recours (al. 1). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (al. 2). Les art. 45 et 46 de la loi sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) prévoient les mêmes conditions de recours s'agissant des décisions administratives. Sur le plan cantonal, l'art. 57 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) dispose que sont susceptibles d'un recours les décisions finales (let. a); les décisions par lesquelles l'autorité admet ou décline sa compétence (let. b); les décisions incidentes, si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. c). Dans un arrêt de principe portant notamment sur les droits de participation des assurés lors de la désignation d'un expert, le Tribunal fédéral a admis que selon une interprétation conforme à la Constitution (Cst. – RS 101) et à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH – RS 0.101) de la notion de préjudice irréparable en tant que condition de recevabilité d'un recours, cette condition doit être considérée comme réalisée s'agissant d'une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). b. Interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56 et suivants LPGA, le recours du 13 septembre 2016, contre la décision incidente du 28 juillet 2016, portant sur la mise en œuvre d'une expertise, est recevable, compte tenu de la

suspension du délai du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). 4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de soumettre la recourante à une expertise orthopédique, ainsi que sur le choix de l'expert devant procéder à cette expertise. 5. À teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

A/3031/2016 - 16/23 - Cela étant, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (« second opinion ») sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelle mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2). La nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise découle ainsi du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2; U.571/06 du 29 mai 2007 consid. 4). Dans le domaine des assurances sociales, la tâche de l'expert consiste avant tout à porter un jugement sur l'état de santé de l'expertisé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 136 III 161 consid. 3.4.2). En particulier, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Toutefois, l'administration doit se laisser guider par les principes de l'état de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe de l'administration rationnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et les références citées). Ainsi notamment, avant de se déterminer en faveur d'une nouvelle (deuxième) expertise médicale, l'administration doit tout d'abord examiner, si un complément d'instruction moins onéreux, pourrait satisfaire l'exigence d'une constatation des faits suffisante, avant d'avoir recours, de facto, à une nouvelle expertise médicale (voir arrêt du Tribunal administratif fédéral C-504/2011 du 21 mai 2012 consid. 2). 6. a. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour

élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

A/3031/2016 - 17/23 - Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n. U 369 p. 104 consid. 2b ; 1996 n. U 265 p. 294 consid. 3c). À l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 par. 1 CEDH; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4) et dans le domaine de l'assurance-accidents, étant précisé que la personne assurée bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire, du 19 juin 1992 (LAM - RS 833.1) qui prescrit que

A/3031/2016 - 18/23 - l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid.

3.4.2.6). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1). b. Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 par 1 CEDH, les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les motifs de refus et de récusation pour les experts sont en règle générale les mêmes que pour les juges (ATF 132 V 93 consid. 7.1). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2). Compte tenu de l'importance que revêt une expertise médicale dans le domaine des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'impartialité d'un expert (ATF 120 V 357 consid. 3b). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.2). De

A/3031/2016 - 19/23 - jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent effectivement pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. Le Tribunal a également jugé que les motifs dirigés contre l'expertise elle-même, par exemple parce qu'il s'agit d'une « second opinion », ou le type et l'étendue de l'expertise, par exemple concernant le choix des disciplines, étaient de nature matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2013 du 10 février 2014 consid. 2.1). 7. a. En l'occurrence, il convient, en premier lieu, d'examiner si,

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

A/3031/2016 - 20/23 - c/aa. En effet, bien que dans le cadre du premier séjour, la CRR disposait des radiographies effectuées entre décembre 2013 et février 2015 en lien avec les fractures du bassin et du poignet droit, ni le rapport de mars 2015 ni celui de janvier 2016 n'ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse. S'il est vrai que l'accident a provoqué les lésions susmentionnées, la recourante souffre également de vertiges et nausées, ainsi que de troubles urinaux et fécaux. Or, la CRR ne possédait aucun document relatif à ces atteintes-ci au moment de l'élaboration de ses rapports. c/bb. Ensuite, l'observation aux ateliers professionnels avait permis de constater un épisode de vertiges et nausées, une faiblesse de la qualité de travail et des erreurs réalisées sur les différentes activités simples effectuées. La CRR ne spécifie toutefois pas si le trouble vestibulaire (cf. rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 3 mai 2016) dont est atteinte la recourante (avant l'accident) entraîne les vertiges et nausées actuelles. S'agissant des troubles urinaires et fécaux, même si la recourante avait développé une incontinence urinaire après son accouchement, qui s'était ensuite améliorée, elle avait, suite à l'accident, développé des mictions impérieuses et une incontinence urinaire par impériosité, ayant nécessité des séances de physiothérapie du plancher pelvien. En définitive, même si les vertiges et nausées, ainsi que les troubles urinaires et fécaux précédaient l'accident, il n'est pas clair si ces affections ont été aggravées par l'événement de décembre 2013, et dans l'affirmative, si le statu quo sine vel ante a été rétabli. c/cc. De la même manière, alors que, dans le rapport de mars 2015, la CRR ne retenait aucun diagnostic sur le plan orthopédique, celui de janvier 2016 mentionne les diagnostics suivants : une dorsalgie commune, un discret trouble statique, une non-consolidation de la fracture de l'apophyse transverse L5 gauche, une coxarthrose gauche et un début d'arthrose sacro-iliaque droite. Même si la CRR indique que les plaintes lombo-sacrées et fessières, ainsi qu'inguinales sont en rapport avec les suites du traumatisme du bassin et du fémur proximal gauche, elle ne précise pas si la coxarthrose

gauche et le début d'arthrose sacro-iliaque droite sont imputables ou pas à l'accident et si ces lésions causent également les douleurs éprouvées par la recourante au bas du dos. La date à partir de laquelle la situation médicale serait stabilisée, d'après la CRR, n'est pas non plus spécifiée. Or, au vu des vertiges et nausées, ainsi que des troubles urinaires et fécaux, il n'est pas certain, en l'état du dossier, si la situation médicale s'est véritablement stabilisée. c/dd. En outre, si la CRR semble conclure, sans le dire explicitement, que la capacité de travail de la recourante est de 50%, puisque l'observation aux ateliers professionnels avait permis de constater que cette dernière était en mesure de travailler pendant quatre heures consécutives dans diverses activités légères, en position assise prolongée, on ignore si ce taux de travail est valable tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Par ailleurs, la CRR ne s'est pas prononcée sur l'atteinte à l'intégrité.

A/3031/2016 - 21/23 - d. Dans ces conditions, le rapport de la CRR du 15 janvier 2016 est incomplet - sans doute en raison du fait que l'intimée ne lui avait pas transmis le questionnaire d'expertise - si bien que celle-ci ne pourra pas se fonder sur ce document pour déterminer le droit de la recourante aux prestations relevant de l'assurance- accident. Cependant, on ne saurait nier toute valeur probante audit rapport ; la CRR s'est déterminée sur la base des examens effectués, a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante et le rapport, en l'état, ne comporte pas de contradictions. Il est à ce stade uniquement lacunaire sur certains points. Vu les antécédents médicaux de la recourante, et les troubles actuels relevés, afin de trancher tous les aspects de cette affaire de manière complète, ainsi que l'écrit l'intimée dans son courrier du 31 mai 2016, cette dernière ne devait pas se contenter d'une expertise orthopédique et psychiatrique. L'évaluation doit également inclure les volets neurologique (si les résultats des HUG – qui ne figurent pas dans le dossier - suite à la demande de l'intimée du 26 avril 2016 ne sont pas probants) et oto-rhino-laryngologique. Sous l'angle orthopédique, quand bien même le rapport précité de la CRR nécessite encore des clarifications (notamment quant au lien de causalité, le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, l'éventuelle atteinte à l'intégrité) sur la base d'un dossier complet (qui lui sera fourni par l'intimée), compte tenu du principe d'une administration rationnelle, il ne se justifie pas de mandater un nouvel expert, soit en l'espèce le Dr S\_\_\_\_\_. En effet, la CRR, compétente en matière de rééducation orthopédique, a déjà pris connaissance d'une partie du dossier de la recourante et l'a examinée, sans que celle-ci n'élève d'objection à l'encontre des médecins de cet établissement. L'intimée pourra donc procéder à un complément d'instruction, moins onéreux, auprès de la CRR, et lui envoyer à cette fin un questionnaire d'expertise. Les experts (orthopédique, psychiatrique, neurologique et oto-rhino- laryngologique) devront ensuite procéder à une appréciation consensuelle du cas, apporter un éclairage global et se prononcer sur les interférences des différents troubles. 8. a. Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner en détail s'il existe des motifs de récusation justifiés à l'encontre du Dr S\_\_\_\_\_. Ainsi, l'audition de ce praticien, offerte par la recourante, s'avère superflue. Au demeurant, on rappellera que le fait qu'un médecin soit choisi régulièrement par les organes des assurances sociales pour établir des expertises ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité d'un expert. Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas non plus de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Par conséquent, en l'absence d'un indice objectif suffisant de prévention, on voit mal en quoi le fait que l'expert désigné par l'intimée intervienne en qualité de médecin-conseil d'un

A/3031/2016 - 22/23 - autre assureur et qu'il soit régulièrement sollicité pour réaliser des expertises fonderait, à lui seul, une méfiance à l'égard dudit expert. b. Cela dit, l'on constate dans le cas présent que l'intimée n'a pas essayé de parvenir à un accord avec la recourante sur le choix de l'expert, lorsque cette dernière s'est opposée à la désignation du médecin précité. C'est le lieu de rappeler que cette façon de procéder viole les droits de participation de la recourante dans la procédure de désignation de l'expert au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, ce indépendamment des motifs de récusation invoqués vis-à-vis de l'expert. Si dans l'arrêt 8C\_541/2014 du 17 février 2015, cité par l'intimée, le Tribunal fédéral mentionne que l'assuré ne dispose pas d'un droit de veto, la Haute Cour se réfère au fait que l'assuré ne peut pas imposer son choix parmi les propositions qu'il formule, dès lors que les parties doivent d'abord débattre afin de trouver un consensus. Ensuite, en cas de désaccord, ajoute le Tribunal fédéral, une décision incidente doit être rendue, susceptible d'un recours auprès du tribunal cantonal des assurances. Par conséquent, c'est à tort que l'intimée notait dans son courrier du 20 juin 2016 qu'il n'y avait pas lieu de rendre une décision incidente en l'absence d'un motif de récusation valable. 9. À la lumière de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé. La décision incidente attaquée sera annulée dans le sens des considérants. 10. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'000.- sera accordée à la recourante, représentée par un conseil, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3031/2016 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.