

GE_GERICHTE A/2375/2019 vom 29. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2375_2019

FR: GE_GERICHTE A/2375/2019 du 29 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE A/2375/2019 del 29 gennaio 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.01.2020 A/2375/2019

A/2375/2019 ATAS/62/2020 du 29.01.2020 (LAA), ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2375/2019 ATAS/62/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29 janvier 2020 4 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN recourante contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1986, étudiante, a travaillé à temps partiel en qualité d'employée d'une boulangerie/tea room pour B_____, à Meyrin, depuis janvier 2011. Elle était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée). 2. Selon un rapport de police du 16 novembre 2011, le 2 octobre 2011, alors que l'assurée était arrêtée à un feu de circulation au volant de son véhicule, celui-ci a été percuté à l'arrière par un conducteur en état d'ébriété roulant à 80-90 km/h. Suite au choc, la voiture de l'assurée a été projetée à 30 m, après avoir effectué plusieurs tête-à-queue (rapport de police du 16 novembre 2011), puis a pris feu. Les pompiers ont dû procéder à la désincarcération de l'assurée. Aucune trace de freinage n'était visible sur la chaussée. La voiture de l'assurée a subi d'importants dégâts sous la violence du choc. 3. L'assureur a pris en charge les suites du cas par le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais médicaux. 4. Par rapport du 10 novembre 2011, le docteur C_____, médecin interne aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a diagnostiqué une fracture de l'arc postérieur des côtes 8, 9 et 10 à droite, une fracture pluri-fragmentaire du cotyle droit (toit, colonne antérieure et postérieure), une fracture de la colonne antérieure du cotyle gauche, une fracture du sacrum, un hématome du quadriceps gauche, une minime contusion pulmonaire sous-pleural postéro-basal droite, un traumatisme crânio-cérébral (ci-après TCC) léger avec amnésie circonstancielle et cervicalgie. 5. Dans une lettre de sortie du 26 décembre 2011, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et le Dr E_____ ont indiqué que la capacité de travail de l'assurée était nulle. Le bilan neuropsychologique des 3 et 7 novembre 2011 avait mis en évidence des troubles attentionnels légers à modérés, se manifestant par un ralentissement lors des tâches qui requéraient des ressources exécutives ou attentionnelles complexes. Ces déficits correspondaient aux plaintes mentionnées par l'assurée. Ces troubles attentionnels expliquaient également les difficultés de mémoire prospective (rendez-vous, tâches à faire) remarquées dans le quotidien par la patiente. Le tableau neuropsychologique était compatible avec les séquelles provoquées par un TCC léger. 6. Le 26 mars 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations

auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). 7. Par rapport du 29 mars 2012, le Dr C_____ a indiqué que l'assurée présentait un retard de consolidation de la fracture du cotyle droit et qu'il fallait s'attendre à une arthrose de la hanche. 8. Le 23 avril 2012, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive et des troubles cognitifs (concentration et mémoire à court terme) directement liés à l'accident. Le pronostic était favorable concernant la symptomatologie dépressive. 9. Par certificat du même jour, le Dr G_____ a expliqué qu'en cas de persistance d'une pseudarthrose, il faudrait envisager un traitement chirurgical stabilisateur. Le pronostic de la lésion était donc encore réservé. Toute fracture articulaire engendrait un risque arthrogène à moyen ou long terme. 10. Le 11 mai 2012, une IRM encéphalique a été effectuée à la demande du Dr C_____ en raison des céphalées et des troubles de l'attention présentés par l'assurée depuis le traumatisme crânien. Par rapport du 14 mai 2012, le docteur H_____ spécialiste FMH en radiologie, a constaté une dilatation des espaces de Virchow-Robin pariétaux droits, atypique, variante de la norme. Il a relevé qu'une association entre la dilatation des espaces de Virchow-Robin et un traumatisme crânien avait été décrite (cf. M. KWEE et al. Radiographics 2007). 11. Par rapport du 4 septembre 2012, le Dr AI_____ a indiqué que le CT-scan effectué ce jour-là montrait la consolidation de la fracture non déplacée du cotyle des deux côtés. 12. Le 19 septembre 2012, l'assurée a débuté des cours à la faculté de droit de l'université de Genève. 13. À la demande du Dr C_____, Monsieur I_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et Madame J_____, master en psychologie et stagiaire en neuropsychologie auprès des HUG, ont procédé à un bilan neuropsychologique de l'assurée les 10 juillet et 28 août 2012 et conclu qu'en comparaison avec le dernier bilan, leur nouvel examen avait mis en évidence une péjoration des performances dans l'ensemble des épreuves attentionnelles et exécutives administrées. Ils retenaient la présence d'un déficit attentionnel modéré à sévère (attention sélective, divisée, soutenue) se répercutant également sur le rendement dans des tâches exécutives informatisées impliquant des réponses rapides (épreuves d'inhibition, de flexibilité mentale, rendement limité dans une tâche de mise à jour en mémoire de travail). Les performances dans les tests de mémoire antérograde verbale et visuelle se situaient dans les normes supérieures. Ces déficits étaient compatibles avec les plaintes de l'assurée et pouvaient expliquer partiellement les difficultés mnésiques qu'elle relatait. La situation ainsi que les répercussions émotionnelles (préoccupations, lassitude) engendrées et les douleurs récurrentes dont l'assurée souffrait étaient également susceptibles d'interférer avec le tableau cognitif. Pour ces motifs, la péjoration des troubles neuropsychologiques était à mettre en lien avec les troubles psychiques réactionnels pour lesquels elle était déjà suivie. 14. Par rapport du 21 janvier 2013, le Dr C_____ a indiqué que l'évolution de l'assurée était lentement favorable, mais qu'il persistait des douleurs à la mise en charge du membre inférieur droit. Le périmètre de marche se limitait à quelques centaines de mètres. Il fallait s'attendre à une arthrose de la hanche précoce. 15. Par rapport du 11 février 2013, le docteur K_____ spécialiste FMH en neurologie, électroencéphalographie et électromyographie, a estimé que les plaintes de l'assurée, qui faisaient suite à son TCC et qui associaient des troubles de la concentration, du caractère et des fonctions exécutives, étaient en bonne corrélation avec ce que l'on observait généralement dans ces circonstances, ce qui avait bien été documenté par les examens neuropsychologiques effectués en 2012. Le fait de ne pas visualiser des contusions cérébrales à l'IRM ne changeait rien à cette appréciation. Ces dysfonctions, bien qu'assez discrètes pour ne pas interférer avec le projet d'études en droit, pouvaient avoir des

répercussions sur leur accomplissement. Il ne fallait pas être surpris que ces troubles cognitifs et comportementaux ne soient pas cités dans la lettre de sortie des HUG, puisque les médecins s'étaient alors essentiellement préoccupés des nombreuses fractures de l'assurée. L'accent qu'ils avaient mis sur les troubles du comportement alimentaire de l'assurée ne prenait pas en compte ce syndrome psycho-organique. 16. Par rapport du 21 février 2013, le Dr G_____ a indiqué que l'évolution était linéaire. L'assurée présentait une douleur importante au démarrage le matin et marchait avec une boiterie. À pas lents, le périmètre de marche était d'environ 10 minutes et à la station verticale, il ne pouvait pas excéder 1 heure. L'assurée poursuivait la physiothérapie. À terme, elle serait candidate à une prothèse totale de hanche. 17. À la demande de la SUVA, Monsieur L_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a examiné l'assurée le 26 juin 2013. Par rapport du 26 avril (recte : juin) 2013, M. L_____ a considéré au vu de l'amnésie et de l'absence de lésions à l'IRM, qu'on se trouvait probablement face à un TCC léger. M. L_____ a diagnostiqué des troubles attentionnels modérés dans les tâches à composante exécutive, un ralentissement attentionnel sévère dans des tâches exigeantes (informatisées) et un déficit en récupération en mémoire verbale. Les troubles neuropsychologiques étaient en lien de causalité certain avec l'événement accidentel. On pouvait estimer qu'ils étaient probablement stables et peu susceptibles d'amélioration. Cela étant, l'assurée se disait très volontaire et convaincue qu'elle pourrait récupérer. L'atteinte à l'intégrité était modérée au sens des tables de la SUVA (20%). 18. Le 4 novembre 2013, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur, a procédé à l'examen final de l'assurée. Par rapport du lendemain, elle a indiqué que, sur le plan orthopédique, la situation était stabilisée. Objectivement, il existait un léger pincement sur la radiographie à droite avec les signes de l'ancienne fracture et les mobilités étaient diminuées au niveau de la hanche droite. Les limitations fonctionnelles étaient la station debout prolongée, la station assise prolongée, les terrains irréguliers, les échelles, les escabeaux et les longues marches. L'assurée devait pouvoir alterner les positions debout et assise. Il fallait prévoir la prise d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs à doses modérées de l'ordre d'un à deux comprimés par jour sur le long terme. De la physiothérapie pouvait être pratiquée en voie progressivement dégressive pendant un an et des contrôles médicaux devaient être effectués à la fréquence maximum de quatre par an. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, la Dresse J_____ relevait la persistance de douleurs importantes en raison de la fracture comminutive du cotyle droit, une mobilité un peu diminuée et, sur les radiographies, un pincement modéré. Selon la table 5 de la SUVA concernant l'arthrose, une coxarthrose moyenne était évaluée de 10 à 30%. En l'occurrence, l'atteinte à l'intégrité était de 10% au vu du status après fracture comminutive du cotyle avec radiologiquement un pincement. 19. La SUVA a soumis le dossier de l'assurée au docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin d'arrondissement. Par rapport du 22 novembre 2013, ce médecin a conclu que les troubles cognitifs dont l'assurée faisait état n'avaient pas été provoqués par le TCC léger du 2 octobre 2011. Il relevait que le procès-verbal de police ne faisait pas état d'une perte de connaissance de l'assurée et que le CT-scan n'avait révélé ni pathologie cérébrale, ni fracture crânienne, du squelette facial ou du rachis cervical. 20. Le 12 décembre 2013, la SUVA a indiqué à l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation de son traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Elle mettait donc fin au versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014 et à la prise en charge des frais médicaux, hormis des contrôles médicaux espacés avec un maximum de quatre par an, des séances de physiothérapie en voie progressivement dégressive sur encore

une année et le traitement à base d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs à doses modérées de l'ordre d'un à deux comprimés par jour sur le long terme. Les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1^{er} avril 2014 allaient être examinées et l'assurée allait être renseignée sur ce point dès que possible. Outre une éventuelle rente d'invalidité, l'assurée avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) de CHF 12'600.-. 21. Le 24 janvier 2014, l'assurée a contesté le taux de l'IPAI retenu et les séances de physiothérapie prises en charge. En outre, il fallait tenir compte des atteintes neuropsychologiques retenues par M. L_____. Les conclusions du Dr K_____, qui ne l'avait pas examinée, et qui se justifiaient par des généralités, n'étaient pas probantes. Par ailleurs, le volet psychique n'avait pas été examiné. L'IPAI devait s'élever à tout le moins à 30%.

22. Par rapport du 4 février 2014, le Dr L_____ a proposé à l'assureur d'accepter trois fois neuf séances de physiothérapie par an afin de conserver une capacité totale de travail dans un emploi adapté. L'IPAI n'était pas à modifier, mais elle pourrait être réévaluée en cas de prothèse de hanche, une année après la date de la chirurgie. 23. À la demande de la SUVA, le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 26 février 2014, il a conclu qu'elle ne présentait pas de pathologie majeure. La thymie n'était pas dépressive. L'anxiété était présente mais restait contenue et pouvait être considérée comme normale compte tenu des importantes incertitudes qui pesaient sur l'assurée. Si elle signalait des flashbacks, des cauchemars ou des évitements, ces symptômes étaient en réduction et on ne pouvait retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (l'assurée avait dû être « protégée » par sa perte de conscience lors de l'événement). Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitations concernant la reprise d'activité, notamment ses études universitaires. Le Dr M_____ a notamment retenu, sur la base des pièces communiquées, que la voiture de l'assurée avait probablement fait plusieurs tonneaux. L'accident avait eu comme conséquence notamment un TCC avec perte de connaissance et amnésie des faits. Sur le plan de la scolarité, l'assurée avait été une élève avec beaucoup de facilités, régulièrement une des meilleures de sa classe. Depuis moins d'un an, elle était suivie hebdomadairement par la docteure N_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, mais aucun rapport de ce médecin n'avait été versé au dossier. Le médecin ne relevait pas de trouble de la mémoire ou de la concentration notamment à l'évocation de son histoire personnelle. Il n'y avait pas de tristesse visible, sauf à certains moments, lorsque l'assurée évoquait ses difficultés de vie, son combat pour effectuer des études. 24. Par décision du 10 avril 2014, la SUVA a indiqué qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Il confirmait la fin du versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014 et de la prise en charge des frais médicaux, hormis des contrôles médicaux espacés avec un maximum de quatre par année, des séances de physiothérapie (trois fois neuf séances par année sur trois ans, de 2014 à 2016) et le traitement à base d'anti-inflammatoires et d'antidouleurs à doses modérées de l'ordre d'un à deux comprimés par jour sur le long terme. L'assurée avait droit à une IPAI de CHF 12'600.-, compte tenu d'un taux de 10%. 25. Le 13 mai 2014, l'assurée a formé opposition en tant que la décision fixait un terme à la prise en charge de la physiothérapie et un taux de l'IPAI à 10%. Vu les limitations fonctionnelles et la nécessité d'une prothèse de hanche à plus ou moins long terme, il était choquant de ne retenir qu'un taux de 10%. Par ailleurs, l'assureur devait également prendre en compte les troubles neuropsychologiques pour fixer l'IPAI. À l'appui de ses griefs, l'assurée a produit : - deux avis des 26 février et 6 mars 2014 du docteur O_____, spécialiste FMH médecin

praticien auprès du service médical régional AI (ci-après SMR), affirmant que les troubles d'attention de l'assurée avaient commencé le jour de l'accident et que ces troubles entraînaient une baisse de rendement de 50% ; - un rapport établi par le Dr G_____ le 5 mars 2014, selon lequel le rapport de la Dresse J_____ était assez superposable à son appréciation. L'évolution était devenue linéaire ce qui permettait de temporiser avant d'envisager une prothèse totale de hanche pour laquelle la patiente allait être certainement candidate en cas de dégradation de sa symptomatologie. Il était difficile de faire un pronostic précis pour savoir quand un traitement chirurgical serait nécessaire ; - un rapport établi le 31 mars 2014 par la Dresse N_____, qui suivait l'assurée en ambulatoire depuis mai 2013. Ce médecin adhérait aux conclusions du Dr M_____ dans le sens qu'il n'y avait pas, actuellement, de limitations sur le plan psychiatrique ni de diminution de rendement. Cela étant, l'assurée présentait des moments de tristesse et de colère face à l'accident et à ses conséquences, elle notait également des troubles de la concentration suite à l'accident, ce qui générait de l'anxiété en lien avec la crainte de potentielles répercussions sur la réussite de ses études de droit. Tant les douleurs que les troubles de la concentration étaient handicapants au quotidien. 26. Par décision du 14 juillet 2014, la SUVA a rejeté l'opposition. 27. Par acte du 10 septembre 2014, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre la décision sur opposition de la SUVA, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à l'octroi d'une IPAI à un taux de 50% (soit CHF 63'000.-) et à la réserve de l'examen du droit à une rente jusqu'à l'issue de ses études. 28. Par arrêt du 28 septembre 2015 (ATAS/724/2015), la chambre de céans a déclaré irrecevable le recours en tant qu'il concluait à la réserve de l'examen du droit à la rente jusqu'à l'issue des études de la recourante, l'a admis partiellement pour le surplus, a annulé la décision de l'intimée du 14 juillet 2014 en tant qu'elle fixait le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10% et en tant qu'elle niait le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques et l'accident de l'assurée du 2 octobre 2011. La cause a été renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire considérant que les conclusions du Dr K_____ ne pouvaient être confirmées. Par conséquent, la cause a été renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en oeuvre une expertise pluridisciplinaire, de préférence en milieu universitaire, auprès d'un spécialiste en imagerie médicale, d'un neurologue et/ou neuropsychologue et, le cas échéant, d'un psychiatre. 29. Le 14 juin 2016, la SUVA a informé le conseil de l'assurée de son intention de mettre en oeuvre une expertise interdisciplinaire en neuropsychologie, psychiatrie, orthopédie, neuroradiologie et neurologie par la doctoresse P_____, en collaboration avec un médecin assistant (sous supervision directe au : centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après le CHUV), service NLG/NCH). Un délai lui était octroyé pour prendre position sur la nécessité de l'expertise proprement dite, le service d'expertise proposé et les questions proposées. 30. Le 15 juillet 2016, la recourante a informé la SUVA qu'elle n'avait pas d'objection à la mise en oeuvre d'une expertise, dès lors que la Cour de justice l'avait requise. Elle n'avait pas de motifs de récusation contre les experts proposés. Elle proposait quelques questions complémentaires au questionnaire. 31. Le 24 août 2016, la SUVA a été informée par le CHUV que le professeur Q_____ avait été nommé en remplacement du Dr P_____ par le professeur R_____ pour l'expertise de l'assurée. 32. Le 5 septembre 2016, la SUVA a informé la recourante de ce qui précédait. 33. À teneur d'une notice téléphonique du 6 septembre 2016, le gestionnaire de la SUVA avait fait un point de situation suite à l'envoi d'un nouveau questionnaire au conseil de l'assurée. Il s'était excusé au nom de la SUVA des nombreux « ratés » de sa division à Lucerne. Il avait informé l'avocat qu'il allait lui envoyer un nouveau

questionnaire en espérant que celui-ci soit le dernier. Un nouveau délai avait été fixé au 6 octobre 2016. 34. Par courrier du 6 septembre 2016, le gestionnaire de la SUVA a adressé à l'assurée un courrier indiquant qu'elle avait l'intention de confier l'expertise pluridisciplinaire au Prof. Q_____ comme expert principal en collaboration avec un médecin assistant. Un délai lui était octroyé au 6 octobre 2016 pour se déterminer sur les questions posées. 35. Le 6 octobre 2016, la recourante a constaté que le nouveau questionnaire qui lui avait été transmis était identique à celui daté du 14 juin 2016 contre lequel elle avait déjà pris position. Elle réitérait ses demandes de complément. 36. Le 30 novembre 2016, le gestionnaire de la SUVA a renvoyé le questionnaire complété avec un nouveau délai pour ses observations. 37. Le 28 décembre 2016, la recourante a demandé un délai supplémentaire au 13 janvier 2017, lequel a été accepté par la SUVA. 38. Le 13 janvier 2017, la recourante a sollicité plusieurs modifications au questionnaire. 39. Le 29 mars 2017, le gestionnaire de la SUVA a informé la recourante avoir procédé selon sa dernière demande à quelques modifications dans le questionnaire. Il lui était octroyé un délai pour faire part de ses éventuelles observations au 30 avril 2017. 40. Le 26 avril 2017, l'assurée a informé le gestionnaire de la SUVA qu'elle n'avait pas de commentaires supplémentaires à formuler concernant la dernière version du questionnaire. 41. Par courriel du 16 juin 2017, la SUVA a informé la recourante du nom des experts du CHUV dans les différentes disciplines de l'expertise, à savoir le professeur S_____, neurologue FMH, comme expert principal chargé de la coordination, de l'organisation et de la supervision, la docteure T_____, médecin assistant en neurologie, Madame U_____, psychologue diplômée spécialiste en neuropsychologie FSP, la professeure V_____, médecin cheffe du service de neuro-rééducation et neuropsychologie, le docteur W_____, radiologue FMH, chef de clinique en neuroradiologie, le docteur X_____, psychiatre FMH, le docteur Y_____, orthopédie FMH et le docteur Z_____, médecin assistant en orthopédie. 42. Le 21 juin 2017, la recourante a informé la SUVA n'avoir pas de remarques à formuler à propos des experts désignés. 43. a. Dans un rapport d'expertise « neurologique » du 21 janvier 2018 adressé à la SUVA, les Drs S_____ et T_____ ont indiqué avoir examiné l'expertisée le 26 septembre 2017 et que leurs constatations et conclusions se fondaient sur le dossier fourni par la SUVA, leur examen clinique neurologique, des consilium psychiatrique, neuropsychologique, d'orthopédie et de radiologie, une réunion multidisciplinaire du 4 octobre 2017 et un bilan biologique demandé en complément le 2 octobre 2017 ainsi qu'une IRM cérébrale du 23 octobre 2017. Les experts ont indiqué les motifs de l'expertise et de brefs extraits du rapport. Ils ont procédé à un rappel anamnestique et développé l'anamnèse sociale, le déroulement de l'accident selon l'assurée ainsi que les plaintes de celle-ci depuis l'accident. Ils ont décrit le status suite à leurs observations et posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de : - douleurs de hanches chroniques bilatérales post-traumatiques sans signe d'arthrose ; - douleurs chroniques sus trochantériennes droites d'origine musculaire, probablement liées à des troubles de la statique (cf. expertise orthopédique) ; - status post fracture transverse du cotyle bilatérale ; - trouble anxieux et dépressif mixte ; - douleurs multiples avec probables composantes somatoformes ; - troubles neuropsychologiques (mnésique, attentionnel et exécutif) en aggravation continue. Étaient en rapport de causalité avec l'accident avec influence sur la capacité de travail et le rendement tous les diagnostics précités, au degré de la vraisemblance prépondérante, sauf les troubles neuropsychologiques. Le diagnostic non organique de trouble anxieux et dépressif était considéré en relation de causalité avec l'accident au niveau de la vraisemblance

prépondérante. Il n'existait pas de limitations horaire en plus de la baisse de rendement. Les limitations principales étaient surtout liées au besoin de l'assurée de faire des pauses et de changer régulièrement de position. L'examen neuropsychologique mettait en évidence des déficits relativement sévères en aggravation depuis 2013, avec déficits en mémoire à court terme, mémoire de travail, troubles attentionnels et dysfonction exécutive (cf. rapport neuropsychologique). Les troubles neuropsychologiques présentaient une aggravation progressive entre les différents examens. Il s'agissait d'une évolution inverse de celle attendue en cas de troubles séquellaires à un traumatisme crânien. Afin d'exclure une pathologie évolutive expliquant cette péjoration, les médecins avaient complété le bilan par une IRM cérébrale et bilan biologique sans anomalie mise en évidence. Une influence des troubles de l'humeur et du syndrome douloureux sur le fonctionnement cognitif était probable au vu d'indices lors de l'examen neuropsychologique laissant suggérer que la patiente était incapable de recruter l'ensemble de ses fonctionnalités (score invalide lors d'une épreuve de validité des symptômes, empan visuo-spatial très faible pour le niveau de fonctionnement de l'assurée et inconstance des temps de réaction à un test de réponse attentionnelle simple). Les résultats obtenus par le biais de questionnaires rejoignaient les conclusions de l'expertise psychiatrique quant à la présence d'une symptomatologie post-traumatique sévère avec possibles signes de la lignée anxio-dépressive. Les résultats semblaient inattendus au vu de la bonne réussite académique de l'assurée. Toutefois les tests à la recherche d'une simulation n'étaient pas concluants. Les experts-psychiatres évoquaient la possibilité que d'une manière inconsciente, la patiente se préparait « une porte de sortie » en cas d'échec professionnel. Les troubles neuropsychologiques n'étaient pas la conséquence directe d'une lésion traumatique ou d'un autre mécanisme structurel en relation avec le traumatisme. L'atteinte neuropsychologique était probablement expliquée, vu son aggravation tardive après l'accident et après l'exclusion raisonnable d'une autre pathologie cérébrale évolutive, par les douleurs ou les troubles psychiatriques (état anxio-dépressif) liés au traumatisme ou un possible manque de recrutement de toutes les facultés intellectuelles dans ce contexte de symptômes post-traumatiques multiples. S'agissant de l'incidence des atteintes causées par l'accident sur la capacité de travail de l'assurée, les experts ne retenaient pas d'incapacité de travail directe sur le travail d'employée en boulangerie. Une diminution de rendement dans cette activité attribuable au traumatisme était de 50% du point de vue orthopédique. En effet, cette activité impliquait le port de charges et la nécessité de station debout prolongée, éléments limités en raison des séquelles orthopédiques (douleurs) liées au traumatisme. La diminution de rendement était de 25-30% du point de vue psychiatrique (trouble anxieux et dépressif mixte). Ces deux limitations étaient jugées comme non-additives avec une diminution globale de la capacité travail comme employée de boulangerie attribuable au traumatisme de 50%. Dans une activité de juriste, les experts ne retenaient pas d'incapacité de travail. Le rendement était également diminué, en lien avec le traumatisme, de l'ordre de 25-30% attribuable au trouble anxieux et dépressif est de l'ordre de 20-30 % en raison des troubles neuropsychologiques mais cette réduction d'origine neuropsychologique n'était pas attribuable directement à l'accident et ne s'additionnait pas aux 25-30% psychiatriques. Une atteinte à l'intégrité corporelle d'environ 50% était retenue, soit : - 30% du point de vue orthopédique, qui pourrait être revus à la hausse dans quelques années (cf. expertise orthopédique) ; - entre 20-35% du point de vue neuropsychologique (cf. expertise neuropsychologique) ; - entre 20-30% du point de vue psychiatrique (cf. expertise psychiatrique). Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité du point de vue de la neurologie. Les experts pondéraient l'atteinte

à l'intégrité à 50% au vu des interactions entre les différentes plaintes pour deux raisons :

- parmi les trois facteurs contribuant à l'atteinte à l'intégrité, seulement l'élément orthopédique et psychiatrique était attribuable à l'accident ;
- une interaction circulaire pouvait être supposée entre les symptômes psychiatriques et les autres symptômes séquellaires de l'accident. La présence de douleurs, fatigabilité, troubles de la concentration etc. alimentaient les sentiments négatifs et la pénibilité du vécu de l'assurée favorisant la production des symptômes psychiques du registre anxio-dépressif. En retour, les symptômes psychiques jouaient un rôle de sensibilisation accrue aux autres symptômes séquellaires de l'accident. Durant les trois premiers mois suite à l'accident (hospitalisation aiguë, puis rééducation stationnaire), l'incapacité de travail de l'assurée avait été de 100%. Lors des neuf mois suivants (douleurs lentement régressives, utilisation de canne et thérapie ambulatoire), l'incapacité de travail pouvait être rétrospectivement estimée à environ 75%. Dès le 12^{ème} mois après l'accident, l'incapacité de travail (ou la diminution du rendement) avait atteint son niveau actuel de 50%. L'évolution du taux de la capacité travail de l'assurée était difficilement prédictible. Elle pourrait être favorable suite à une prise en charge antalgique, physiothérapeutique et neuropsychologique. Toutefois, une évolution défavorable était également attendue en cas d'apparition d'arthrose. À la question de savoir si des facteurs étrangers à l'accident jouaient un rôle, les experts ont répondu qu'une interaction circulaire pouvait être supposée entre les symptômes psychiatriques et les douleurs séquellaires à l'accident menant à un possible manque de recrutement de toutes ses facultés intellectuelles dans le contexte de symptômes post-traumatiques multiples. Ce dernier entraînait une diminution des capacités cognitives lors des examens psychologiques qui n'était pas directement attribuable à l'accident. Le syndrome douloureux chronique et l'état anxio-dépressif attribuables à l'accident entraînaient une diminution du rendement professionnel de 25-30% en tant que juriste. L'impact négatif sur la formation académique de l'assurée pouvait être estimé à la même proportion hormis un impact plus important lors de la première année d'études. En retenant que ce déficit restait stable (incertitude quant à une évolution favorable ou défavorable précitée), il y avait eu un impact négatif sur la formation académique de l'assurée et sur son parcours professionnel futur. Elle se trouverait désavantagée sur le marché du travail dans le sens où il lui serait plus difficile qu'à une personne valide de trouver et conserver un emploi avec une rémunération identique, dans la mesure où son rendement était diminué de 20-30% et qu'elle avait la nécessité d'adapter son poste et son temps de travail. Une éventuelle aggravation de l'arthrose de la hanche droite ne devrait pas avoir une influence sur le rendement de l'assurée comme juriste à l'avenir. Les limitations fonctionnelles dont souffrait l'assurée étaient : - douleurs post-traumatiques l'empêchant de maintenir une position statique, de pratiquer du sport ou d'avoir une vie sexuelle épanouie ; - l'atteinte psychiatrique contribuait aux troubles cognitifs avec troubles de la concentration et fatigabilité ; - l'assurée présentait également des troubles du sommeil avec cauchemars et une forte appréhension de la conduite de nuit. Les atteintes suivantes reposaient sur un substrat organique au degré de la vraisemblance prépondérante : - douleurs de hanches chroniques bilatérales post-traumatiques sans signe d'arthrose ; - douleurs chroniques sus-trochantériennes droites d'origine musculaire probablement liées aux troubles de la statique de l'assurée ; - status post fracture transverse du cotyle bilatérale. b. À teneur d'un rapport établi le 20 octobre 2017 par les Drs Z_____ et AA_____, ceux-ci ont mentionné sous anamnèse : « accident de la voie publique, voiture/voiture, la patiente étant à l'arrêt au feu de signalisation ». Elle avait été percutée par un véhicule arrivant à haute vitesse derrière elle

avec un déplacement d'environ 30 m et une désincarcération par pompiers. Elle avait eu une amnésie circonstancielle. Le rapport mentionne les plaintes de l'expertisée et pose les diagnostics de fracture transverse du cotyle bilatérale avec comminution centrale et déplacement minime à droite, non déplacée à gauche mais avec fragment osseux intra articulaire antéro-inférieur gauche. Les fractures étaient consolidées du point de vue radiologique. La fracture du sacrum n'était pas retrouvée sur les radiographies et le scanner initial, mais on constatait un défaut de fusion des crêtes latérales déjà visible sur une radiographie de 2003, sans déplacement secondaire. Les experts ont rapporté ses observations faites lors d'un examen clinique et le bilan radiologique du 28 septembre 2017. Ils concluaient que la patiente, âgée de 32 ans, était dynamique, soignée et coopérante avec, pour plaintes principales, des douleurs chroniques bilatérales des hanches prédominantes à droite limitant son périmètre de marche et lui interdisant de courir ou sauter et compromettant sa capacité à rester longtemps assise ou debout. L'examen clinique mettait en évidence une restriction des amplitudes articulaires réelle mais sans blocage mécanique, avec défense et autolimitation par la patiente en raison des douleurs. Au vu du traumatisme articulaire bilatéral initial, la patiente présentait une probabilité forte de développer une coxarthrose post-traumatique, de survenue plus précoce à droite, en raison de la persistance d'une marche d'escalier intra articulaire (rapport IRM du 21 décembre 2011). Malgré la persistance de symptômes pouvant être interprétés comme précurseurs de la survenue d'une arthrose, les experts penchaient clairement pour la poursuite du traitement conservateur et l'abstention chirurgicale tant que de francs signes radiologiques d'arthrose n'étaient pas décelés. L'importance des douleurs et leur vécu par la patiente semblaient à mettre en perspective avec le traumatisme psychologique, paraissant toujours latent à l'heure de l'examen. La patiente était en pleine révolte et n'avait pas fait acte de résilience. Seule une expertise psychiatrique permettrait d'en définir l'importance ainsi que les éventuels diagnostics associés. Dans ce contexte, une arthroplastie précoce risquerait de ne pas suffisamment soulager la patiente tout en augmentant la morbidité globale (risques d'infection, luxation, usure...) et ne devrait être envisagée qu'après apparition des signes radiologiques classiques d'arthrose. En raison de l'atteinte bilatérale et de la sévérité de la douleur et des limitations fonctionnelles, certes difficiles à comprendre mais présentes, les experts estimaient à 30% l'atteinte à l'intégrité actuelle de la patiente. Ce taux était fondé sur les tables de la SUVA en tenant compte de la limitation des amplitudes articulaires, de la boiterie et de la limitation du périmètre de marche. Le taux pourrait être revu à la hausse dans quelques années si l'arthrose se manifestait plus et qu'elle augmentait le handicap. Le rapport mentionne encore : - sous « avis psychologique » : pas de réel diagnostic psychiatrique mais une personnalité pré-morbide (anorexie - boulimie). - sous « avis neuropsychologique » : quatrième évaluation neuropsychologique. Troubles de la mémoire à court terme, mémoire de travail. Dysfonction exécutive. Étonné de voir de telles difficultés dans les tests avec maintien d'un niveau universitaire OK. Tests pour dépister une simulation non concluants. Doit revoir la patiente pour deuxième examen. - Sous « avis neuroradiologique » : deux IRM cérébrales précédentes bien réalisées. Pas de séquelles hémorragiques corticales ni évolution de l'imagerie en cinq ans. Les experts ont indiqué - à la question de savoir si parmi les atteintes à la santé constatées quelles étaient celles qui, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, étaient en rapport de causalité avec l'accident du 2 octobre 2011 - que les douleurs chroniques bilatérales post-traumatiques de hanche après fracture transverse bilatérale du cotyle traitée conservativement et consolidation radiologique en position anatomique, étaient évocatrices d'une coxarthrose

post-traumatique débutante (pas d'atteinte visible à la RX). Ces douleurs étaient associées à une sinistrose et à un usage chronique d'antalgiques, y compris de palier III de manière occasionnelle. Les douleurs chroniques sus trochantériennes droites d'origine musculaire (moyen fessier) étaient probablement liées à des troubles de la statique (positions de décharge articulaire). En effet, les manoeuvres cliniques de provocation d'une hanche à ressaut étaient négatives et le moyen fessier était compétent à 5/5, même si la patiente le relâchait volontairement en appui unipodal après quelques secondes afin de soulager ses douleurs. Les atteintes à la santé actuellement diagnostiquées étaient encore vraisemblablement, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, des séquelles de l'accident, étant donné que la patiente ne présentait aucune plainte similaire avant l'accident et que les fractures intra articulaires étaient réputées pour leur potentiel arthrogène. Cependant aucun signe radiologique d'arthrose n'était pour le moment visible à la radiographie. Les douleurs chroniques et la consommation chronique d'antalgiques faisaient partie des suites possibles dans les accidents graves. Les attentes de l'assurée reposaient sur un substrat organique en rapport au moins partiel avec l'accident. L'atteinte intra articulaire coxofémorale bilatérale prédominant à droite lors du traumatisme initial avec présence de corps étranger intra articulaire à gauche. Ce corps étranger était toutefois en position antéro-inférieure dans la capsule articulaire et ne gênait en principe pas. La physiothérapie semblait soulager la patiente de manière temporaire. Cependant, l'amélioration de l'état de santé n'était que transitoire et la physiothérapie n'était pas de nature à changer le pronostic et la rapidité de survenue de l'arthrose. L'incidence des atteintes causées par l'accident était majeure sur le métier d'employée de boulangerie comprenant notamment le port de charges et la station debout prolongée avec une diminution du rendement dans ce type d'activité avoisinant les 50%. L'incidence était relativement plus faible sur une carrière académique avec plus de possibilités d'adaptation du poste. Du point de vue orthopédique, on ne devrait pas avoir de limitation dans un tel poste. Les médicaments et l'éventuelle maladie psychiatrique pouvaient en revanche entraîner une diminution du rendement. Du point de vue orthopédique, il y avait une atteinte à l'intégrité corporelle d'environ 30%. Le taux pourrait être revu à la hausse dans quelques années si l'arthrose se manifestait davantage et qu'elle augmentait le handicap. c. Dans un rapport établi le 28 novembre 2017, le Dr X_____ indiqué que son expertise psychiatrique se fondait sur deux entretiens avec l'assurée, l'entretien de synthèse avec les représentants des autres disciplines médicales et l'étude du dossier de la SUVA. Le rapport contient les motifs de l'expertise, une anamnèse détaillée, les résultats de l'observation clinique ainsi que les diagnostics posés, soit un trouble anxieux et dépressif mixte, les antécédents d'anorexie mentale et de boulimie. Sous discussion, l'expert a indiqué qu'au moment de l'accident dont elle avait été victime, l'assurée avait surmonté ses difficultés alimentaires et après plusieurs années de petits emplois successifs, elle venait de fêter sa maturité, obtenue en cours d'emploi par le biais des cours du soir et elle commençait des études universitaires. Elle n'apparaissait pas avoir souffert, durant cette période, de manifestations du registre psychiatrique. Elle s'insurgeait ainsi de la qualification de troubles du comportement alimentaire qu'elle avait présentés durant son hospitalisation après l'accident, mettant sa perte de masse musculaire et donc de poids sur le compte de l'immobilisation forcée et soutenait s'être sentie libérée de ce type de difficultés pendant cette période. Les suites de l'accident avaient été vécues comme difficiles par l'expertisée, qui n'avait pu se départir d'un sentiment d'injustice et d'une colère contre le conducteur fautif, sentiments qui restaient présents à l'heure actuelle et que l'expertisée parvenait à critiquer. Elle ressentait encore les séquelles de l'accident, sous la

forme de douleurs, le plus souvent, ou d'autres manifestations, comme le fait d'être confrontée à des difficultés de concentration. L'ensemble de ces symptômes résiduels jouait un rôle négatif en ce qu'ils entretenaient un accroissement du vécu de pénibilité de l'assurée par rapport à sa situation en cristallisant certains aspects de son fonctionnement de personnalité. Ces aspects de fonctionnement psychique n'étaient toutefois pas assez graves pour être considérés comme un trouble psychiatrique. Ainsi, l'ensemble et la persistance des symptômes décrits par l'expertisée correspondaient au diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Il n'y avait pas d'autre diagnostic psychiatrique à poser à leur actuelle. Il était hautement probable que le trouble anxieux et dépressif mixte ait été et soit maintenu et chronifié en partie par la persistance des divers symptômes séquellaires à l'accident (douleurs, difficultés de concentration et fatigabilité notamment), lesquels alimentaient la survenue des émotions négatives et la pénibilité du vécu de l'expertisée et qu'en retour, ces aspects favorisaient la production symptomatique psychique (symptômes du registre dépressif et anxieux) dans des mécanismes d'interaction circulaire. Il apparaissait ainsi, de point de vue psychiatrique, que la persistance des troubles psychiques encore observables aujourd'hui était à mettre en relation, au moins partielle, avec l'accident de la circulation et ses suites médicales. Les symptômes psychiques, selon leur intensité, jouaient un rôle de sensibilisation accrue aux symptômes séquellaires de l'accident et participaient à réduire le rendement d'une activité manuelle ou intellectuelle dans une proportion que l'on pouvait estimer de 20 à 30%. d. Dans un rapport établi le 23 octobre 2017, le Dr W_____ a indiqué que sa mission consiste à procéder à une étude comparative d'IRM existante et de décrire les résultats. Sur la base des IRM cérébrales du 11 mai 2012 et 24 janvier 2013, aucun examen neuroradiologie complémentaire n'était nécessaire pour l'exploration des lésions cérébrales accidentelles. Compte tenu des résultats des évaluations neuropsychologiques successives présentées lors de la réunion du 4 octobre 2017 et mettant en évidence une altération cognitive progressive de l'expertisée, une nouvelle IRM cérébrale de contrôle était proposée afin d'exclure une cause organique évolutive non accidentelle sous-jacente. e. Par courrier du 18 octobre 2017, Mme U_____ et la Prof. V_____ ont transmis au Dr S_____ leur rapport sur le volet neuropsychologique de l'expertise. Elles relevaient dans ce courrier, qu'en ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité, l'examen neuropsychologique effectué mettait en évidence un sévère déficit de la mémoire à court terme verbale et visuo-spatiale, associé à un sévère déficit de la mémoire de travail verbale touchant particulièrement la gestion des interférences, un trouble modéré à sévère de la mémoire épisodique antérograde verbale caractérisé par une altération des capacités de reconnaissance et de récupération, une dysfonction exécutive marquée par un sévère défaut d'inhibition et de flexibilité mentale ainsi qu'un sévère trouble attentionnel, marqué par une altération de l'alerte, de l'attention sélective visuelle, de l'attention divisée et de l'attention soutenue. Un sévère ralentissement de la dénomination et de la lecture continue avait été également relevé ainsi qu'une altération de l'écoute dichotique en défaveur de l'oreille droite. Par le biais du questionnaire, elles avaient documenté une symptomatologie post-traumatique sévère avec de possibles signes de la lignée anxio-dépressive. Selon la table VIII de la SUVA, on se situait entre une atteinte modérée (20%) et une atteinte modérée à moyenne (35%). À teneur du rapport annexé daté du 18 octobre 2017, les expertes indiquaient avoir reçu l'expertisée à deux reprises et que leur rapport limité à la situation neuropsychologique était également fondé sur le dossier de l'expertisée. Le rapport contient une anamnèse sociale et familiale. Il rappelle les faits et les résultats des examens antérieurs et de celui auquel elles avaient procédé. L'examen neuropsychologique effectué mettait en évidence un sévère déficit de la

mémoire à court terme verbale et visuo-spatiale, associé à un sévère déficit de la mémoire de travail verbale touchant particulièrement la gestion des interférences, un trouble modéré à sévère de la mémoire épisodique antérograde verbale caractérisé par une altération des capacités de reconnaissance et de récupération, une dysfonction exécutive marquée par un sévère défaut d'inhibition et de flexibilité mentale ainsi qu'un sévère trouble attentionnel, marqué par une altération de l'alerte, de l'attention sélective visuelle, de l'attention divisée et de l'attention soutenue. Un sévère ralentissement de la dénomination et de la lecture continue avait été également relevé ainsi qu'une altération de l'écoute dichotique en défaveur de l'oreille droite. Ce qui était frappant, c'était l'évolution depuis les examens antérieurs avec notamment une aggravation des déficits de la mémoire à court terme et de la mémoire de travail, ainsi que des troubles attentionnels et l'apparition d'une dysfonction exécutive depuis l'examen effectué en juin 2013. La péjoration du tableau neuropsychologique pouvait être liée à plusieurs facteurs. Une pathologie autre que l'accident du 2 octobre 2011 pourrait être impliquée. Pour cette raison, elles recommandaient des examens complémentaires, notamment une IRM cérébrale ainsi qu'un complément de status neurologique. Les troubles anxio-dépressifs ainsi que le syndrome douloureux pourraient également impacter sur les performances cognitives. Il était actuellement difficile d'établir quelle était leur influence. Enfin, on ne pouvait exclure l'influence des troubles de l'humeur et du syndrome douloureux sur le fonctionnement cognitif étant donné certaines caractéristiques de l'examen. Elles avaient en effet observé un score dit invalide à une épreuve de validité des symptômes, un empan visuo-spatial très faible pour le niveau de fonctionnement de la patiente et une inconstance des temps de réaction à un test de réponse attentionnelle simple. Dans l'ensemble, la sévérité des troubles présentés à l'examen semblait à première vue peu concluante avec le fait que la patiente poursuivait avec succès des études. Néanmoins, dans ce contexte, il fallait tenir compte de la personnalité de l'expertisée qui mettait une grande importance sur la réussite de sa formation et mettait tout en oeuvre pour y arriver. Les troubles constatés constituaient une atteinte partielle à l'intégrité. 44. Le 23 février 2018, la SUVA a informé la recourante avoir reçu les différents rapports d'expertise établis dont elle lui adressait copie pour qu'elle puisse prendre position jusqu'au 16 mars 2018. 45. Le 15 mars 2018, la recourante a demandé un délai au 16 avril 2018 pour ses commentaires sur le rapport d'expertise. 46. Le 12 avril 2018, la recourante a informé la SUVA qu'elle n'avait pas de commentaires à formuler sur les rapports d'expertise et qu'elle restait dans l'attente de son appréciation et du prononcé de sa décision. 47. Le 24 septembre 2018, la SUVA a demandé à la police de Genève de lui faire parvenir les images de la caméra de surveillance qui lui avait permis de confirmer que l'automobile de l'assurée avait été percutée par l'arrière à l'arrêt. 48. Le 24 septembre 2018, la SUVA a demandé à la recourante de bien vouloir lui faire parvenir l'attestation du Dr AB_____ du 10 juillet 2013 (pièce 305 page 2 chiffre 20). 49. Par courriel du 1^{er} octobre 2018, la recourante s'est étonnée de cette demande, mais a transmis le rapport demandé à la SUVA. À teneur de cette attestation du 10 juillet 2013, le Dr AB_____ indiquait que l'assurée souffrait de troubles de la concentration, initialement sévères, liés à une perte de connaissance de six heures suite à un traumatisme crânien et du bassin le 2 octobre 2011. Il y avait eu un long séjour hospitalier en raison de l'atteinte du bassin. Ses études du droit avaient montré que sa concentration s'améliorait, mais pas au point d'être performante pour des examens actuellement. Le médecin la jugeait inapte à passer des examens au mois d'août et la priait de demander un délai. 50. Le 2 octobre 2018, la SUVA a demandé au Dr AB_____ sur quels éléments il s'était fondé pour retenir

un tel status (concernant la perte de connaissance de 6 heures). 51. Le 5 novembre 2018, la SUVA a adressé un premier rappel au Dr AB_____. 52. La SUVA a relancé le Dr AB_____ le 12 novembre 2018. 53. Le 23 novembre 2018, la SUVA a adressé un rappel à la police cantonale de Genève sur sa demande d'image de la caméra de surveillance en lien avec l'accident du 2 octobre 2011 de l'assurée. 54. Selon une notice téléphonique du 17 décembre 2018, le Tribunal pénal avait informé la SUVA qu'il n'y avait aucune image de vidéo-surveillance mais qu'il y avait une photographie dans le dossier des véhicules endommagés. 55. Le 17 décembre 2018, le Tribunal pénal a transmis à la SUVA une copie des rapport d'inspection technique des véhicules. 56. Le 31 janvier 2019, la SUVA a adressé un deuxième rappel au Dr AB_____. 57. Le 7 février 2019, le conseil de la recourante a relancé la SUVA étant sans nouvelles d'elle depuis le courriel adressé à lui le 3 octobre 2018. 58. À teneur d'une note téléphonique du 12 février 2019, la SUVA a appris que le Dr AB_____ était à la retraite depuis deux ans et que le Dr AC_____ avait repris le cabinet. 59. À teneur d'une note téléphonique du 13 février 2019, le cabinet médical du Dr AC_____ a transmis le numéro de téléphone portable du Dr AB_____ à la SUVA. 60. Selon une note téléphonique du 15 février 2019, la gestionnaire de la SUVA avait pris contact avec le Dr AB_____ et lui avait expliqué souhaiter savoir sur quels éléments il s'était fondé pour retenir le status que l'assurée avait perdu connaissance pendant 6 heures. Le Dr AB_____ avait répondu qu'il ne possédait plus les documents et qu'il lui était impossible de justifier son appréciation. 61. Le 20 février 2019, la SUVA a informé le conseil de la recourante qu'elle s'était encore astreinte à éclaircir l'état de fait s'agissant des circonstances exactes de l'accident et de la durée de la perte de connaissance de l'assurée suite à celui-ci. Ces mesures d'instruction n'ayant fait que confirmer les éléments connus jusqu'alors, la SUVA rendrait prochainement sa décision. 62. Le conseil de la recourante a relancé la SUVA le 25 avril 2019. 63. Le 30 avril 2019, la SUVA a informé le conseil de la recourante qu'elle lui transmettait le dossier complet de la cause. À sa lecture, il pourrait constater que l'expertise réalisée début 2018, de l'avis unanime des médecins ayant procédé à son évaluation, ne pouvait se voir conférer de valeur probante. À ce titre, l'agence de Genève avait requis la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise. Une fois l'expert choisi et les questions libellées, un courrier octroyant à sa mandante l'opportunité de prendre position à leurs propos lui serait adressé. 64. Dans une appréciation neurologique et psychiatrique du 21 mars 2019 demandée par l'intimée aux docteurs K_____, spécialiste en neurologie FMH et AD_____, spécialiste en psychiatrie, psychothérapie et neurologie, tous deux médecins des assurances du centre de compétence de la SUVA, ces derniers ont estimé que l'expertise de la PMU était en majeure partie solide sur le plan des constatations cliniques, mais qu'elle faisait défaut sur le plan de la synthèse des conclusions médico-asséurologiques. Il relevait de l'application du droit de déterminer si le rapport d'expertise était complet et concluant. Il convenait de se départir des conclusions de l'expertise du Dr S_____ du 21 janvier 2018, en ce qui concernait la capacité de travail et l'atteinte à l'intégrité. En l'absence d'un substrat organique au niveau cérébral, les experts en neurologie avaient du mal à expliquer la sévérité et, a fortiori, la progression du déficit neuropsychologique présenté par l'assurée. Citant une par une les incohérences présentées par celle-ci à l'examen neuropsychologique (score invalide lors d'une épreuve de validité de symptômes, empan visuo-spatial très faible pour le niveau de fonctionnement de celle-ci, inconstance des temps de réaction un test de réponse attentionnelle simple, résultats généralement inconciliables avec la bonne réussite académique de l'assurée), ils avaient fini par élaborer l'hypothèse de l'influence des troubles de l'humeur et du syndrome douloureux,

voire l'hypothèse abracadabrante d'un mécanisme inconscient de l'assurée pour se préparer « une porte de sortie » en cas d'échec professionnel, laissant le lecteur perplexe quant à la causalité (possible? probable? au degré de vraisemblance prépondérante?) du tableau neuropsychologique. En ce qui concernait les conclusions des Drs S_____ et T_____, force était de constater que les diagnostics retenus ne relevaient pas du domaine de la neurologie. Par conséquent, leurs explications concernant la capacité de travail manquaient de pertinence. Leurs explications au sujet de la capacité de travail étaient attaquables au même titre. Quant à l'atteinte à l'intégrité, le manque de maîtrise des notions médico-asséculo-logiques essentielles était également manifeste, puisque l'expert retenait notamment une atteinte à l'intégrité corporelle du point de vue neuropsychologique alors que le lien de causalité n'était pas établi entre l'accident et ses troubles. Une atteinte à l'intégrité ne pouvait pas être retenue s'agissant de l'atteinte neuropsychologique. De plus, le taux d'IPAI fixé de 20 à 30% pour les troubles neuropsychologiques n'était pas étayé par le rapport neuropsychologique de la Prof. AE_____ et de sa collaboratrice. 65. Dans une appréciation orthopédique établie le 21 mars 2019 par la doctoresse AF_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie FMH, et le docteur AG_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, médecins d'arrondissement de la SUVA, ces médecins concluaient que l'expertise médicale établie le 21 janvier 2018 par le Dr S_____ n'était pas probante. Elle était très succincte et ne mentionnait pas le poids, ni la taille de la patiente, ni l'examen clinique du rachis lombaire, alors que des douleurs rachidiennes étaient évoquées, ni des autres articulations des membres inférieurs. D'éventuels signes d'épargne n'étaient pas décrits et il y avait une absence de toute évaluation neurologique. Il était fait état d'une autolimitation de la patiente avec une défense, sans allusion à d'éventuels phénomènes évocateurs d'une composante non organique. En ce qui concernait le bilan radiologique, il était surtout fait état d'une absence de signe d'arthrose coxofémorale tant à gauche qu'à droite, ce qui illustre tout particulièrement une absence de progression d'éventuelles lésions dégénératives jusqu'à présent. Il n'était donc globalement pas possible d'identifier des critères objectifs justifiant une estimation d'un taux d'atteinte à l'intégrité située à 30%. En cas d'arthrose, selon la table 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, ceci représentait le maximum qui pouvait être octroyé pour une arthrose moyenne en tenant compte du fait que même une arthrose grave ne justifiait pas une IPAI supérieure à 40%. Le taux d'IPAI retenu restait contestable et difficilement justifiable. Une fracture du cotyle non ou très peu déplacé, traitée conservativement, représentait certains facteurs de risque parmi d'autres par rapport au développement d'une coxarthrose. L'arthrose grave débouchant sur une endoprothèse ne représentait pas une issue inéluctable dans ce contexte comme en attestait la littérature. À ce sujet, les médecins retenaient également l'absence de toute évolution radiologique ainsi qu'en attestaient les dernières radiographies d'octobre 2017. 66. Le 7 mai 2019, le conseil de l'assurée a fait part de son étonnement quant à la décision de la SUVA de procéder à une nouvelle expertise. Un tel procédé était contraire à la jurisprudence en matière d'instruction d'un dossier médical et ne pouvait être admis. Une évaluation réalisée par les médecins-conseils de la SUVA, à l'insu de sa mandante, et plus d'une année après la réception des rapports d'expertise n'était pas à même de remettre en cause une expertise pluridisciplinaire ordonnée par la Cour de justice. Ainsi, les conclusions des évaluations de ses médecins-conseils n'avaient aucune valeur et étaient formellement contestées. À supposer que les rapports d'expertise soient effectivement lacunaires, ce qui était contesté, il incombait à la SUVA d'en informer sa mandante et, le cas échéant, de mettre en oeuvre un complément d'expertise confié aux experts ayant rédigé les rapports. Le

procédé employé relevait de la mauvaise foi et était une manoeuvre dilatoire, ce qui était incompréhensible, si ce n'était à prouver l'attitude de la SUVA de tenter de tout mettre en oeuvre pour ne pas couvrir le cas de sa mandante. Celle-ci s'opposait à la mise sur pied d'une nouvelle expertise, faute de pièces médicales probantes contradictoires. Une nouvelle expertise constituerait manifestement une seconde opinion superflue n'ayant pas de valeur d'expertise. Sa mandante l'invitait à cesser immédiatement ses démarches consistant à mandater un nouvel expert et de prononcer une décision sur la base des pièces probantes du dossier. Dans l'hypothèse où la SUVA persisterait encore à ne pas vouloir reconnaître la valeur probante de l'expertise, il demandait la notification d'une décision formelle pour soumettre cette question aux autorités compétentes. 67. Le 9 mai 2019, la SUVA a répondu qu'elle ne procédait pas à une manoeuvre dilatoire. Les échanges avec l'ancien cabinet du Dr AB_____ n'avaient pas uniquement pour but d'obtenir l'attestation en cause, mais également des éclaircissements quant à la durée de la perte de connaissance qu'il avait attestée. Parallèlement, la police cantonale avait également été approchée pour savoir si elle était en possession d'un enregistrement de l'accident. Ces actes d'instruction complémentaires faisaient suite au considérant 11c du jugement du 28 septembre 2015. Ils étaient par ailleurs totalement étrangers à la question litigieuse, à savoir celle de l'examen et du refus de reconnaître une valeur probante à l'expertise en cause. S'agissant de l'opportunité de la SUVA de faire examiner la valeur probante d'une expertise par ses propres médecins-conseils, il y avait lieu de retenir qu'elle ne contrevenait pas à l'art. 44 LPGa. En effet, en présence d'une expertise indépendante mise en oeuvre par l'assureur-accidents, il n'y avait pas lieu de s'écarter de ce moyen de preuve aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permettait de douter de son bienfondé. Or, en l'espèce, à l'aune des appréciations des Drs AF_____, AG_____ et K_____, il apparaissait précisément que de tels indices commandaient de s'en départir et, par conséquent, de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. L'intimée confirmait donc sa position, à savoir qu'elle entendait mettre en oeuvre une seconde expertise. 68. Le 22 mai 2019, l'assurée a demandé la prise d'une décision formelle. 69. Par décision incidente du 23 mai 2019, la SUVA a persisté dans son intention de diligenter une seconde expertise. 70. Par recours du 24 juin 2019, l'assurée a exprimé son incompréhension vis-à-vis de l'attitude de l'intimée et de la gestion de son dossier par cette dernière. En effet, depuis son grave accident de 2011, la SUVA n'avait eu de cesse d'user de tous les moyens possibles, parfois même à la limite de la mauvaise foi et de l'abus de droit, pour tenter d'entériner son refus de couverture de son dossier. Aux termes d'une instruction médicale de plusieurs mois, l'expert principal, le Prof. S_____, spécialiste FMH en neurologie, et la Dresse T_____, cheffe de clinique adjointe du service de neurologie du CHUV avaient rendu, le 21 janvier 2018, un rapport d'expertise neurologique et général intégrant les constatations des rapports d'expertise de neurologie, de neuropsychologie, de psychiatrie, d'orthopédie et de radiologie des autres experts. Le rapport intégrait également les conclusions et constatations du rapport d'expertise administrative pluridisciplinaire (rapport d'expertise psychiatrique du 28 novembre 2017, radiologique du 23 octobre 2017, orthopédique du 20 octobre 2017 et neuropsychologique du 18 octobre 2017). Le rapport d'expertise neurologique et de synthèse du 21 janvier 2018 ainsi que les autres rapports devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. En plus d'être probants, les rapports d'expertise administrative avec accord mutuel confirmaient également l'ensemble des autres pièces probantes du dossier médical de la recourante. En effet, s'agissant du lien de causalité entre l'accident survenu le 2 octobre 2011 et les troubles neuropsychologiques dont souffrait la recourante, nié par l'intimée, les experts avaient

retenu que les atteintes neuropsychologiques étaient séquellaires à l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante. Malgré l'absence d'une lésion traumatique visible chez la recourante, le lien de causalité pouvait être établi eu égard aux indices du cas. Or, l'intimée semblait oublier que lesdites conclusions confirmaient les conclusions de la Dresse D _____ et du Dr E _____, de M. I _____ et Mme J _____ et du Dr K _____. Lesdites conclusions confirmaient également les constatations résultant du rapport d'expertise de M. L _____, mandaté par l'intimée elle-même. Les rapports d'expertise administrative avaient constaté l'aggravation des troubles cognitifs de la recourante et motivé et expliqué la complexité du cas ainsi que les indices permettant d'entériner un lien de causalité entre les affections et l'accident déjà retenu par l'ensemble des praticiens l'ayant examinée. Le seul avis contradictoire et isolé était celui du Dr K _____. Or, dans son arrêt du 28 septembre 2015, la chambre de céans avait nié la valeur probante des conclusions de ce dernier. Les conclusions des experts en lien avec l'atteinte à l'intégrité étaient également confirmées par les autres pièces probantes du dossier. Il n'existait au dossier aucun indice concret permettant de remettre en cause la valeur probante des rapports d'expertise. Procéder à une nouvelle expertise était contraire à la jurisprudence. L'intimée perdait de vue qu'elle devait respecter le principe d'une administration rationnelle. En mettant en oeuvre une nouvelle expertise plus d'une année après avoir reçu les rapports d'une expertise administrative sur accord mutuel, à l'insu de la recourante, l'intimée avait violé ce principe. L'entêtement de l'intimée à vouloir absolument soumettre la recourante à une troisième expertise neuropsychologique et à une deuxième expertise pluridisciplinaire, sans le moindre élément concret, était incompréhensible. Les médecins-conseils de l'intimée ne faisaient pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par les experts et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. Leur appréciation ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante et ne pouvait pas faire échec aux conclusions des rapports d'expertise et de surcroît justifier une nouvelle expertise. Aucun des médecins-conseils n'avait examiné la recourante. Le fait que c'était le Dr K _____ qui avait évalué l'expertise administrative ordonnée par la chambre des assurances sociales suffisait à nier la valeur probante de l'appréciation orthopédique du 21 mars 2019. Les conclusions lapidaires des médecins-conseils n'étaient ni motivées ni convaincantes, de sorte que leur appréciation du 21 mars 2019 devait se voir nier toute valeur probante. Il était d'ailleurs piquant de relever que le Dr K _____ n'avait dans ses conclusions pas nié la valeur probante des rapports d'expertise ni sollicité la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise. En conséquence, l'assurée concluait à l'annulation de la décision incidente prise par la SUVA le 23 mai 2019. 71. Par réponse du 23 juillet 2019, la SUVA a conclu au rejet du recours. Au regard de la complexité de l'expertise pluridisciplinaire à mettre en oeuvre, celle-ci n'avait été reçue que le 5 février 2018. Dans la mesure où des investigations supplémentaires avaient encore été réalisées dans l'intervalle, lesquelles n'avaient toutefois pas abouti, ce n'était que le 21 mars 2019 que la division de médecine des assurances avait rendu son analyse relative à la valeur probante de l'expertise en cause. Après prise de connaissance de celle-ci, la SUVA avait, par décision incidente du 23 mai 2019, informé l'assurée qu'elle entendait mettre en oeuvre une seconde expertise dans la mesure où des indices concrets permettaient de douter du bien-fondé de l'expertise reçue le 5 février 2018. En l'espèce, l'intimée avait retenu, sur les plans neurologique, neuropsychologique, neuroradiologique et psychiatrique que l'examen des IRM cérébrales avaient permis d'exclure toute lésion structurelle objectivable au niveau cérébral imputable à l'accident du 2 octobre 2011. S'agissant des troubles mnésiques et attentionnels, les Drs K _____ et AD _____ avaient

relevé en particulier que la Prof. V_____ n'expliquait pas, en l'absence de pathologie traumatique, la détérioration de ces fonctions depuis l'examen de 2013. Par ailleurs, de nombreuses incohérences étaient relevées suite aux résultats des examens neuropsychologiques, sans parler du fait que de tels résultats paraissaient inconciliables avec la réussite académique de la recourante. Quant au trouble anxieux et dépressif mixte justifiant une baisse de rendement de 20 à 30% dans quelque activité professionnelle que ce soit, les médecins-conseils de l'intimée relevaient qu'un tel trouble psychique paraissait lui aussi inconciliable avec un master en droit mené par l'assurée. Par ailleurs, ils considéraient que l'importance de ce trouble, en l'absence de suivi psychiatrique et de traitement médicamenteux, devait en tous les cas être relativisé. Compte tenu du fait que le Dr X_____ ne discutait pas l'avis contraire du Dr M_____, médecin-conseil de la SUVA, les Dr K_____ et AD_____ ne retenaient pas non plus, en fin de compte, d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique. Enfin, l'importance de l'IPAI retenue par les experts démontrait un manque manifeste de maîtrise des notions asséurologiques des experts dans la mesure où, d'un point de vue neuropsychologique, en l'absence de causalité entre les troubles manifestés par l'assurée et l'accident du 2 octobre 2011, aucune atteinte ne pouvait être retenue. Quant au volet orthopédique, les Drs AF_____ et AH_____ excluaient tout d'abord, après visualisation du dossier radiologique réactualisé le 28 septembre 2017, la présence d'arthrose au niveau des hanches. Dès lors, le diagnostic de coxarthrose ne pouvait être retenu selon eux. S'agissant des limitations observées et retenues par les experts, à savoir une restriction des amplitudes articulaires réelle mais sans blocage mécanique, les médecins-conseils de la SUVA relevaient qu'elles étaient mises en doute en l'absence d'amyotrophie manifeste, en particulier au niveau du grand et du moyen fessier, avec une bonne force du quadriceps des deux côtés. En ce qui concernait la survenance prévisible de la coxarthrose dans un horizon de 10 ans à droite et 10 à 15 ans à gauche retenue par les experts, les Drs AF_____ et AH_____ retenaient, littérature à l'appui, que le risque d'aboutir à la mise en place d'une endoprothèse dans le cas d'une fracture acétabulaire était présent, mais n'équivalait de loin pas à une certitude. D'autres facteurs, tels que l'état pondéral, les contraintes auxquelles les hanches étaient soumises lors des activités professionnelles ou de loisirs, la qualité individuelle du cartilage ou encore la présence de prédispositions anatomiques, devaient également être pris en considération. En l'espèce, l'expert ne se prononçait pas quant au fait de savoir si les aggravations retenues se fondaient sur son expérience personnelle ou sur des chiffres provenant de la littérature. À huit ans de distance de l'événement et sans aucun signe avéré de coxarthrose, cette prédiction apparaissait difficilement justifiable sans autre explication. Finalement, s'agissant du taux de l'IPA de 30% retenu par les experts et tenant compte de la limitation des amplitudes articulaires, de la boiterie et de la limitation du périmètre de marche, le médecin-conseil de la SUVA relevait premièrement que la table à laquelle les experts faisaient référence n'était pas précisée. Deuxièmement, les experts décrivant une certaine autolimitation avec défense de la part de la patiente, l'examen clinique ne pouvait être considéré à sa juste valeur. De plus, il n'y avait pas non plus de prise de position par rapport à d'éventuelles incohérences ou signes de non organicité. Les experts notaient encore que le périmètre de marche était nettement amélioré par rapport à ce qui avait été observé lors de l'examen du médecin d'arrondissement le 5 novembre 2013. Partant, ils considéraient qu'il n'était globalement pas possible d'identifier des critères objectifs justifiant une estimation d'un taux d'atteinte à l'intégrité de 30%. L'expertise pluridisciplinaire ne pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. Dans le cadre de l'expertise, le Prof. S_____ et la Dresse T_____, coauteurs de

l'expertise interdisciplinaire, n'avaient retenu aucune atteinte à la santé d'ordre neuropsychologique en rapport de causalité avec l'accident. Pourtant, ils avaient retenu une atteinte à l'intégrité d'environ 50% dont 20 à 30% d'un point de vue neuropsychologique. Ils ne s'exprimaient pas quant aux interactions qui justifieraient de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité final d'environ 50%, tout en concluant à des atteintes d'environ 30% d'un point de vue orthopédique, 20 à 35% d'un point de vue neuropsychologique et 20 à 30% d'un point de vue psychiatrique, soit un total de 70% au minimum. S'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, il n'était fait aucune référence à l'annexe 3 OLAA, ni aux Tables de la division médicale de la SUVA, contrairement à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Au vu de l'importance de ces manquements, il n'apparaissait pas qu'un complément soit propre à remédier à de telles lacunes. L'argument selon lequel l'expertise serait corroborée par l'ensemble des pièces médicales au dossier, hormis l'avis contraire du Dr K_____, devait également être infirmé. D'un point de vue psychiatrique, le Dr M_____ avait nié la présence de troubles psychiques en lien de causalité avec l'accident du 2 octobre 2011. Cette appréciation et les éléments qui y avaient été relevés n'avaient, au surplus, nullement été discutés par le Dr X_____. S'agissant de l'apparente prévention du Dr K_____, l'intimée relevait qu'elle n'était nullement fondée, dans la mesure où, si certes, son appréciation médicale du 22 novembre 2013 n'avait pas été suivie par la chambre de céans, il s'avérait que les motifs invoqués par le tribunal ne pouvaient être retenus à ce stade. Par ailleurs, l'argumentation développée par le Dr K_____, de même que par ses collègues, était parfaitement objective et se fondait sur une analyse stricte du dossier, de sorte qu'il ne pouvait y être vu une quelconque partialité de la part des médecins-conseils de l'intimée. En ce qui concernait les autres motifs justifiant, selon la recourante, l'absence de reconnaissance de valeur probante aux appréciations des médecins-conseils de l'intimée du 21 mars 2019, leurs auteurs n'avaient pour objectifs que de discuter la valeur probante du rapport d'expertise du 21 janvier 2018 et les co-expertises réalisées à cette fin. À ce titre, ils n'avaient pas à discuter, contrairement à ce que soutenait la recourante, l'ensemble des pièces médicales du dossier. L'intimée relevait encore en particulier que le volet psychiatrique avait été bien apprécié par les Drs K_____ et AD_____. 72. Par réplique et duplique, les parties ont persisté dans leurs conclusions. 73. 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le 1 er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident en cause est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront ainsi citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le bien-fondé de la

décision de l'intimée de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce

principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). 9.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En l'espèce, l'expertise pluridisciplinaire de la PMU répond de manière générale aux réquisits pour se voir reconnaître force probante. b. L'intimée a retenu que tel n'était pas le cas sur la base des critiques émises à son encontre par ses médecins d'arrondissement dans leurs appréciations du 21 mars 2019. c. Elle a fait valoir dans sa réponse que l'expertise contenait une contradiction, dès lors que le Prof. S_____ et la Dresse T_____, coauteurs de l'expertise

interdisciplinaire, n'avaient retenu aucune atteinte à la santé d'ordre neuropsychologique en rapport de causalité avec l'accident, mais qu'ils avaient tenu compte d'une telle atteinte dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité. Il faut admettre qu'il y a là une contradiction. Cela étant, la valeur probante de l'expertise doit s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels. Il arrive que les experts tirent des conclusions erronées du fait d'une mauvaise appréciation de ces critères, ce qui est le cas en l'espèce. Le Prof. S_____ et la Dresse T_____ ont en effet retenu que les troubles neuropsychologiques de l'expertise n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, car ils n'en étaient pas la conséquence directe, mais seulement indirecte, dès lors que ces troubles s'expliquaient par les douleurs ou les troubles psychiatriques liés au traumatisme ou par un possible manque de recrutement de toutes les facultés intellectuelles dans ce contexte de symptômes post-traumatiques multiples. Selon la jurisprudence, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). L'erreur des experts relève ainsi de l'analyse juridique du cas et ne remet pas en cause la validité globale de leur expertise, sur le plan médical. Cette erreur est susceptible d'être réparée par un complément d'expertise, après avoir rappelé aux experts les critères posés par la jurisprudence sur le lien de causalité. d. L'intimée a encore fait valoir que, s'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, il n'était fait aucune référence à l'annexe 3 OLAA, ni aux tables de la division médicale de la SUVA, contrairement à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Cette critique n'apparaît pas entièrement fondée, dès lors que le rapport établi le 20 octobre 2017 par les Drs Z_____ et AA_____ fait mention des tables de la SUVA, de même que le courrier adressé le 18 octobre 2017 par Mme U_____ et la Prof. V_____ au Dr S_____ qui aborde la question de l'atteinte à l'intégrité de l'expertisée sur le plan neuropsychologique. En revanche, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité sur le plan psychiatrique, le taux retenu par le Dr S_____ n'apparaît pas fondé sur le rapport du Dr X_____, qui n'abordait pas cette problématique. Un complément d'expertise aurait également pu être requis sur ce point. e. Les Drs K_____ et AD_____ ont relevé, le 21 mars 2019, que les diagnostics retenus par les Drs S_____ et T_____ ne relevaient pas du domaine de la neurologie et que, par conséquent, leurs explications concernant la capacité de travail manquaient de pertinence. Leurs explications au sujet de la capacité de travail étaient attaquables au même titre. Cette critique est infondée, dès lors que le Dr S_____ avait été désigné comme expert « principal » de sorte que son rapport du 21 janvier 2018 contient une analyse neurologique du cas et les conclusions communes des experts de chaque spécialité. L'appréciation différente du cas par les Drs K_____ et AD_____ ne suffit pas à dénier toute valeur probante à l'expertise de la PMU, dès lors que leur rapport ne répond pas aux requis pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Contrairement à ce qu'ont retenu les Drs AF_____ et AG_____, le rapport d'expertise pluridisciplinaire n'apparaît pas succinct, mais en revanche complet, et le fait que ce rapport ne précise pas certains éléments comme la taille et le poids de la recourante ne suffit pas à le remettre sérieusement en cause. Contrairement à ce que ces médecins ont allégués, l'expertise contient une évaluation neurologique qui a été faite par les Drs S_____ et T_____. f. Vu le temps écoulé depuis le dépôt du recours, la complexité d'une expertise pluridisciplinaire, la bonne qualité générale de l'expertise de la PMU et les critiques formulées contre celle-ci, l'intimée aurait dû, avant de décider de procéder à une nouvelle expertise, confronter les experts à ses critiques afin de leur permettre de s'exprimer à ce sujet. Cela aurait éventuellement pu lui permettre de

rendre sa décision, sans avoir à procéder à une nouvelle expertise, qui allongerait encore la procédure qui n'a déjà que trop duré. Les critiques formulées contre le rapport d'expertise n'apparaissent pas si graves qu'elles lui ôtent toute valeur probante. 11. En conséquence, le recours est partiellement admis, la décision rendue par l'intimée le 23 mai 2019 sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle demande un complément d'expertise et tente, autant que cela est possible, de rendre sa décision sans procéder à une nouvelle expertise. 12. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision incidente du 23 mai 2019. 4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. 5. Alloue à la recourante une indemnité pour ses dépens de CHF 1'000.-, à charge de l'intimée. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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