

GE_GERICHTE A/3179/2016 vom 29. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3179_2016

FR: GE_GERICHTE A/3179/2016 du 29 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/3179/2016 del 29 maggio 2017

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHALLEX, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante contre Allianz Suisse, Société d'assurances SA, sise Richtiplatz 1, Wallisellen intimée EN FAIT 1. Le 5 février 2013, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1955, a été victime d'un accident au boulevard Saint-Georges à Genève, lequel lui a causé un traumatisme cranio-cérébral et de multiples fractures et lésions, notamment aux pouces, aux genoux et au visage, entraînant une incapacité de travail durable.![endif]>![if]> 2. Elle exerçait une activité de secrétaire auprès de la Fondation B_____ à Genève et était assurée obligatoirement contre les accidents auprès d'Allianz suisse société d'assurances SA (ci-après : Allianz ou l'intimée).![endif]>![if]> 3. Le docteur C_____, chirurgien orthopédique FMH, a procédé à une expertise orthopédique de l'assurée sur demande d'Allianz. Selon son rapport du 20 août 2014, l'expertisée avait expliqué relativement clairement et sans exagérer ses plaintes, qui concernaient essentiellement sa main gauche, très modérément sa hanche et son genou droits. Elle déclarait s'être habituée à ses cicatrices au front. Le statu quo sine devait être fixé au 5 août 2013, six mois après l'accident, s'agissant du poignet et de la hanche droits et au 24 juin 2013 pour le pouce gauche. Un statu quo sine ne pouvait en revanche être fixé pour le genou droit. La capacité de travail de l'assurée était totale dès le 6 août 2013, dans son activité de secrétaire. Il n'y avait aucune atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée, sous réserve d'une éventuelle arthrose du genou droit.![endif]>![if]> 4. Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, a rendu un rapport d'expertise le 16 décembre 2014, à la demande de l'intimée, en lien avec les cicatrices au visage de l'assurée, pour déterminer s'il existait une atteinte à l'intégrité esthétique susceptible d'être indemnisée. L'expert a mentionné dans son rapport que, lors de l'accident, l'expertisée avait été, selon ses dires, renversée par un scooter sur un passage protégé et avait de ce fait heurté son visage contre le sol, ce qui avait occasionné des plaies au niveau du front et un traumatisme crânien simple. Dans les jours qui avaient suivi son opération, l'assurée s'était sentie mutilée et défigurée à vie. L'absence de reconnaissance de la part d'un policier avait augmenté son traumatisme physique d'une atteinte psychologique importante. Les cicatrices de son visage lui avaient rappelé les faits pendant près d'une année, avant qu'elle puisse les accepter. Il restait toutefois une blessure psychologique profonde, disproportionnée par rapport au traumatisme physique. Si les cicatrices étaient relativement peu visibles au niveau du front, elles restaient « ancrées » dans la mémoire de l'expertisée. Du point de vue visuel seul, il n'était pas justifiable d'indemniser l'assurée au sens de la loi, ce qu'elle semblait accepter.![endif]>![if]> 5. Le docteur E_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie de la main, a procédé à une expertise sur demande de l'assurée. À teneur de son rapport, son expertise avait porté essentiellement sur

les mains de celle-ci. La capacité de travail de l'assurée avait été très nettement influencée par l'accident. Une reprise du travail avait été impossible, vu l'état de son pouce. L'expert relevait, en outre, des troubles de la concentration et de la mémoire qui ne pouvaient être ignorés. En ce qui concernait l'état neurologique, un pronostic nécessitait un avis spécialisé. Sous causalité, l'expert mentionnait que l'état dépressif ne favorisait certainement pas la normalisation de l'humeur liée aux cicatrices qui restaient des stigmates permanents d'un accident dont l'assurée n'était pas responsable. Les atteintes consécutives à l'accident avaient certainement entraîné une diminution de la valeur de la main gauche de 20%. En ce qui concernait les troubles neurologiques et les problèmes résiduels du genou, l'expert ne pouvait se prononcer. Il était important qu'un expert connaisse ses limites, surtout dans des domaines aussi complexes que la neurologie et la dépression, qui demandaient une expertise spécifique.!

6. Par décision du 21 août 2015, Allianz a :

- mis fin au droit de l'assurée aux indemnités journalières LAA au 6 août 2013, précisant qu'elle demanderait à l'assureur-maladie perte de gain GENERALI le remboursement des indemnités journalières versées en trop ;

- dit que l'assurée n'avait pas droit à une rente d'invalidité ;

- dit que le droit à la prise en charge du traitement médical cessait au 6 août 2013 et que, cependant, l'assurée restait au bénéfice de l'art. 11 OLAA, en cas de rechute ou de séquelles tardives ;

- et dit que l'assurée n'avait pas de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.!

7. Le 22 septembre 2015, l'assurée a formé opposition à la décision précitée concluant à son annulation. Sur la base du rapport du Dr E_____, il fallait retenir l'absence de statu quo s'agissant de son genou gauche et compléter l'instruction sur ce point. Selon ce même rapport, une réduction de la fonction du pouce de 30% environ devait être admise, ce qui correspondait, en terme d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), à une diminution de la main de 20%. À cela s'ajoutait que d'autres interventions étaient envisagées, de sorte que son état de santé n'était pas encore stabilisé. ALLIANZ devrait examiner les prestations de longue durée (rente et IPAI) en faisant procéder à un complément d'instruction médicale sur la question de l'incidence définitive des troubles des genoux et des troubles mnésiques, conjugués aux problèmes de main, sur la capacité de travail et le rendement professionnel, et sur la quantification de l'IPAI relative à ces troubles, en plus de celle retenue par le Dr E_____ s'agissant de la main.!

8. L'assurée a relancé Allianz les 1^{er} février et 2 mars 2016.!

9. Le 18 avril 2016, Allianz a informé l'assurée que selon les conclusions de son service médical, une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neuropsychologique et psychiatrique) allait être mise sur pied. Les dossiers avaient été adressés à la Clinique Corela et au CEMed afin que ces derniers lui communiquent les noms d'experts. À réception, ceux-ci lui seraient transmis pour détermination.!

10. Le 29 avril 2016, l'assurée a fait part à Allianz de son plus grand scepticisme quant au bien-fondé d'une nouvelle expertise et du choix des centres d'expertise proposés. Dans l'hypothèse où le principe de la démarche devait se justifier, il souhaitait une concertation sur le choix des experts.!

11. Le 10 mai 2016, Allianz a informé l'assurée que le CEMed lui avait confirmé les dates pour procéder à l'expertise et le noms des experts, soit les :

- 20 juin 2016 avec le docteur F_____, neurologie ;

- 21 juin 2016 avec Madame G_____, neuropsychologie ;

- 24 juin 2016 avec le docteur H_____, chirurgie orthopédique ;

- 7 juillet 2016 avec le docteur I_____, psychiatrie.!

Un délai au 24 mai 2016 était accordé à l'assurée pour se déterminer sur les questionnaires d'expertise et le nom des experts. Deux

projets de mandats d'expertise étaient joints au courrier. 12. Le 23 mai 2016, l'assurée s'est opposée aux mandats d'expertise adressés au CEMed, qui ne répondaient, selon elle, clairement pas aux exigences jurisprudentielles en matière de mise sur pied consensuelle de l'expertise. En effet, il incombait en premier lieu à Allianz de recueillir son avis sur le choix des experts avant de les mandater afin de désigner ceux-ci d'un commun accord. En outre, Allianz aurait dû lui transmettre ses projets de mission d'expertise (questionnaires et lettres d'accompagnement) avant de les adresser aux experts. En ne le faisant pas, elle lui avait imposé le choix des experts et avait influencé ceux-ci, en leur transmettant une mission d'expertise rédigée de manière unilatérale. En outre, les questionnaires d'expertise ne se limitaient pas à un recueil de questions, mais contenaient une version des faits orientée et partielle, ce qui n'était pas admissible. Les experts mandatés dans ces circonstances ne pouvaient que donner une apparence de prévention, raison pour laquelle elle sollicitait leur récusation. À cela s'ajoutaient les nombreuses mauvaises expériences dont son conseil avait eu l'écho en ce qui concernait les médecins du CEMed, lesquels manquaient notoirement d'indépendance et d'impartialité. Enfin, il n'y avait pas lieu de solliciter l'avis d'un expert psychiatre, car elle ne faisait valoir aucune prétention relative à des atteintes psychiques. En conséquence, elle demandait le retrait du mandat d'expertise confié au CEMed et qu'Allianz prenne contact avec son conseil de manière à mettre sur pied une expertise dans le respect du cadre légal et jurisprudentiel. Elle transmettait en annexe de son courrier un projet de questionnaire et proposait de mandater le CHUV, qui disposait des compétences nécessaires et présentait toutes les garanties requises pour procéder à l'expertise. 13. Le 24 mai 2016, Allianz a répondu à l'assurée qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas facile à organiser, raison pour laquelle elle avait estimé, compte tenu de son lieu de domicile, que les deux centres proposés pouvaient convenir. Au vu de la teneur de son courrier du 29 avril 2016, dans lequel elle n'avait soulevé aucune objection concrète contre les deux centres d'expertises proposés, Allianz lui avait communiqué les noms des experts donnés par le CEMed ainsi que les questionnaires. Prenant acte de ses objections et tenant compte du fait qu'une expertise pluridisciplinaire ne pouvait se faire que dans un centre d'expertises, Allianz proposait les centres suivants pour y procéder : le CEMed à Nyon ; la Clinique Corela à Genève ; le Service d'expertises médicales à l'hôpital du Valais (ci-après : SEM) ; le Bureau d'expertises médicales, à Vevey (ci-après : BEM). L'assurée était également informée que ces centres d'expertise étaient liés à l'OFAS par une convention au sens de l'art. 72bis RAI. Un délai au 3 juin 2016 lui était octroyé pour choisir l'un des centres proposés et soulever d'éventuels motifs de récusation pertinents, étant relevé que ceux invoqués contre les experts du CEMed et de la Clinique Corela ne l'étaient pas. 14. Le 2 juin 2016, l'assurée a indiqué à Allianz qu'elle n'entendait pas se prononcer sur les experts sans connaître le nom de ceux qui seraient mandatés au sein des centres proposés. Elle l'invitait à lui communiquer le nom des experts proposés par le BEM et le SEM, les deux autres centres étant d'emblée refusés. En outre, Allianz était invitée à expliciter pour quels motifs l'expertise envisagée ne pourrait pas être confiée au CHUV. Allianz n'avait pas non plus répondu au constat que ses projets de questionnaires d'expertise ne se limitaient pas à un recueil de questions, mais contenaient une version des faits orientée et partielle, ce qui n'était à l'évidence pas admissible. Les questionnaires devaient en être expurgés et le questionnaire qu'elle avait transmis à Allianz devrait être soumis aux experts. Enfin, Allianz n'avait pas non plus répondu à son objection de solliciter l'avis d'un expert

psychiatre. Elle invitait Allianz à prendre contact avec son conseil de manière à mettre sur pied une expertise dans le respect du cadre légal et jurisprudentiel en évitant de multiplier les échanges de correspondance à ce propos. 15. Le 30 juin 2016, Allianz a informé la recourante avoir adressé depuis plusieurs semaines le dossier au SEM et attendre que le responsable lui communique les dates et noms des experts pour les lui transmettre. Elle avait relancé à plusieurs reprises ce centre. 16. Le 21 juillet 2016, Allianz a informé la recourante qu'elle n'avait toujours pas de nouvelles du SEM, si bien qu'elle avait dû mandater le CEMed à Nyon. Compte tenu du fait qu'il y avait lieu de faire rapidement le point sur sa situation médicale, elle se permettait de lui soumettre les noms et spécialités des experts ainsi que les dates d'expertise, soit : le 17 août 2016 avec le docteur F_____, neurologie FMH ; le 31 août 2016 avec le docteur J_____, psychiatrie-psychothérapie FMH ; le 31 août 2016 avec Madame K_____, neuropsychologie FSP ; le 8 septembre 2016 avec le docteur L_____, chirurgie orthopédique FMH. Un délai au 2 août 2016 lui était accordé pour faire valoir sa détermination quant aux experts et aux questionnaires. À teneur des deux questionnaires adressés au CEMed le 21 juillet 2016, ceux-ci comportent une même introduction qui résume les pièces médicales au dossier, en lien avec les atteintes somatiques de l'assurée, et qui mentionne le rapport d'expertise médicale de chirurgie plastique rendue par le Dr D_____, sans le résumer. Le questionnaire intitulé « Expertise psychiatrique » mentionne, notamment, les questions spécifiques suivantes : quel est le traitement psychiatrique suivi à ce jour ? L'incapacité de travail du 5 février 2013 est-elle justifiée ? Quel est le mécanisme qui a déclenché et qui entretient les troubles psychiques ? Dans quelle mesure l'assurée n'est-elle plus capable d'exercer son activité habituelle ? Est-elle en mesure d'exercer une autre activité ? 17. Le 2 août 2016, l'assurée a réitéré son opposition aux experts du CEMed proposés et à la teneur des mandats d'expertise. 18. Par décision incidente du 18 août 2016, Allianz a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le CEMed, avec les Drs M_____, J_____, K_____ et L_____. Elle révélait que, contrairement aux allégations de l'assurée, elle n'avait, à aucun moment, mandaté les experts ni envoyé un questionnaire d'expertise à ces derniers. Elle avait soumis le dossier aux différents centres d'expertise, comme cela se faisait en général, afin que ceux-ci examinent les différentes spécialités pouvant intervenir. Elle leur avait également demandé de lui communiquer des dates et noms des experts pour gagner du temps. Ensuite, Allianz avait remis le questionnaire à l'assurée afin qu'elle se détermine sur les faits, sur les différents experts susceptibles d'être mandatés et sur les questionnaires. Hormis le fait que le CEMed avait convoqué l'assurée sans qu'Allianz n'ait confirmé les dates, l'assurée n'avait apporté aucun motif de récusation valable. Allianz relevait que le BEM ne disposait pas d'experts dans toutes les spécialités. Quant au SEM, il ne lui avait pas répondu. Compte tenu de l'urgence dans ce dossier, Allianz avait soumis à l'assurée un centre qui présentait toutes les garanties afin qu'elle se détermine sur les experts. L'assurée avait refusé d'entrée le CEMed et la Clinique Corela sans aucune raison. En l'absence de motif valable de récusation contre des experts proposés, Allianz avait décidé de soumettre l'assurée à un examen auprès du CEMed. Elle compléterait le questionnaire en tenant compte de celui que l'assurée lui avait transmis. 19. Le 16 septembre 2016, l'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que la décision de l'intimée contrevenait aux exigences jurisprudentielles récentes en matière de mise sur pied consensuelle de l'expertise. Il incombait à l'intimée de recueillir

son avis sur le choix des experts afin de désigner ceux-ci d'un commun accord avant de les mandater. En particulier, elle aurait dû lui transmettre son projet de mission d'expertise avant de l'adresser aux experts. En l'occurrence, Allianz avait procédé de la manière opposée, ce qui revenait non seulement à lui imposer le choix des experts, mais également à influencer ces derniers, en leur transmettant une mission d'expertise rédigée de manière unilatérale. Les questionnaires d'expertise adressés au CEMed ne se limitaient, en outre, pas à un recueil de questions, mais contenaient une version des faits orientée et partielle, ce qui n'était pas admissible. Il s'ensuivait que des experts mandatés dans ces circonstances ne pouvaient que donner une apparence de prévention, raison pour laquelle la récusation se justifiait. À cela s'ajoutait que le CEMed manquait notoirement d'indépendance et d'impartialité, comme en témoignaient les nombreuses mauvaises expériences dont son conseil avait eu l'écho. Enfin, absolument rien ne s'opposait à la nomination du CHUV, comme elle l'avait proposé, étant rappelé que l'intimée n'avait pas daigné se déterminer sur cette proposition. Il était en conséquence demandé à la chambre de céans de tenter d'amener les parties à s'accorder quant à la désignation des experts et, en cas d'échec, de désigner le CHUV pour procéder à l'expertise. Quant au contenu de l'expertise, il n'existait aucun motif de solliciter l'avis d'un expert psychiatre, dès lors qu'elle ne faisait valoir aucune prétention relative à des atteintes psychiques. Partant, la chambre de céans devrait constater que l'expertise n'avait pas à contenir de volet psychiatrique. Enfin, il incomberait à l'intimée d'adresser également aux experts la liste des questions qu'elle avait posées, en sus de son propre questionnaire, avec le dossier complet, le tout expurgé de tout exposé unilatéral et subjectif des faits. Enfin, une indemnité équitable devait lui être allouée à titre de dépens. 20. Le 3 novembre 2016, Allianz a conclu au rejet du recours estimant que la recourante ne faisait valoir aucun motif, ni formel, ni matériel, de récusation des experts. S'agissant de l'avis d'un expert en psychiatrie, une simple lecture du dossier permettait de constater qu'il existait une problématique psychologique. Quant au choix du CHUV, l'intimée relevait que l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire dans un grand établissement hospitalier demandait plus de temps que dans un centre médical d'expertises, vu les difficultés de coordination matérielle et temporelle, et que les centres hospitaliers universitaires n'avaient pas une expérience professionnelle des expertises. En outre, dans un centre hospitalier universitaire, il était difficile de connaître à l'avance les médecins qui seraient véritablement chargés de l'expertise. Allianz estimait avoir pleinement respecté les droits de participation de la recourante dans la procédure de désignation des experts. Face à l'opposition de cette dernière, elle avait cherché d'autres d'experts, auprès de deux autres centres d'expertise. Devant l'impossibilité de cette alternative, et au vu de la persistance de l'assurée à contester les deux premiers centres proposés, elle avait rendu une décision incidente de mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire. 21. La recourante a répliqué le 28 novembre 2016, reprenant ses précédents griefs et en faisant référence à l' ATAS/869/2016 du 25 octobre 2016. Elle relevait que l'intimée insistait sur la prétendue nécessité d'un volet psychiatrique à l'expertise, en se bornant à se prévaloir de l'avis isolé exprimé par le Dr D_____, selon lequel il resterait une blessure profonde psychologique disproportionnée par rapport au traumatisme physique. Dans la mesure où elle ne faisait valoir aucune prétention en relation avec des troubles psychiques, il n'y avait aucune raison d'investiguer une prétendue blessure profonde psychologique sans lien avec la problématique. Les motifs avancés par l'intimée pour refuser le CHUV ne résistaient pas à l'examen. Les compétences professionnelles de ce dernier en matière d'expertise médicale étaient notoires et il était régulièrement désigné par les tribunaux dans

le cadre d'expertises judiciaires. Au surplus, les griefs tirés de prétendus inconvénients tenant à des complications de mise en œuvre et aux délais relevaient de suppositions et, en tous les cas, devaient céder le pas devant les garanties de compétence, d'impartialité et d'indépendance représentées par un centre médical universitaire tel que le CHUV. C'était sans doute là que résidait la véritable raison de l'opposition de l'intimée à la désignation du CHUV, à savoir qu'il s'agissait d'une institution réellement indépendante et non pas d'un de ces centres où l'on pratiquait l'expertise médicale de manière « quasi industrielle » et dont les experts n'avaient quasiment plus ou plus du tout de pratique clinique.

Contrairement à ce que soutenait Allianz, elle avait précisé en quoi les mandats d'expertise étaient tendancieux. Dans son courrier du 23 mai 2016, elle avait allégué que les questionnaires d'expertise ne se limitaient pas à un recueil de questions mais contenaient une version des faits orientée et partielle, ce qui n'était pas admissible. Allianz renversait totalement les rôles en lui reprochant de n'avoir à aucun moment essayé de discuter pour trouver un terrain d'entente, alors que la chronologie des faits démontrait exactement le contraire. En conséquence, la recourante persistait dans ses conclusions. 22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{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. Le recours est dirigé contre une décision incidente rendue par l'intimée en application de l'art. 43 LPGA. Il s'agit d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; cf. Arrêt du Tribunal fédéral P 29/03 du 25 novembre 2004) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA). Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).!

3. L'objet du litige porte sur le choix et la mission des experts devant procéder à l'expertise de la recourante. !

4. a. Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1 1^{ère} phr.). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). !

Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370). Dans un arrêt de principe publié à l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de

l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Social versicherungsrecht*, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA), correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral. Il a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.). Notre Haute Cour a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256). Enfin, la Cour de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'OAI, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (ATAS/226/2013 du 28 février 2013 et ATAS/263/2013 du 13 mars 2013). Dans ce dernier arrêt, la Cour de céans a également précisé que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré peut émettre des contre-propositions. b. En ce qui concerne le droit des parties de se prononcer sur les questions à soumettre à l'expert, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu le droit d'obtenir une décision motivée. L'autorité doit donc prendre position sur les questions

décisives (ATF 137 II 266 consid. 3.2 p. 270 ; 136 I 229 consid. 5.2 p. 236 ; 134 I 83 consid. 4.1 p. 88 et les arrêts cités ; Arrêts du Tribunal fédéral 2D_2/2012 du 19 avril 2012 consid. 3.1 ; 2C_455/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.3 ; 2D_36/2011 du 15 novembre 2011 consid. 2.1 ; 1C_424/2009 du 6 septembre 2010 consid. 2 ; T. TANQUEREL, Manuel de droit administratif, Genève-Zurich-Bâle 2011, p. 521 n. 1573). Cela implique que l'assureur doit également tenir compte des remarques des parties et ne peut écarter leurs conclusions sans motif valable. Dans la mesure où la mission de l'expert doit faire l'objet d'une décision incidente en cas de désaccord, elle peut ensuite être contrôlée par l'instance de recours. Lorsque la participation de la personne concernée aboutit à des questions adéquates dans le cas concret, cela contribue en outre de façon notable à la qualité de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9 p. 258). Quant à la jurisprudence citée par l'intimée, elle est antérieure à l'ATF 137 V 210 qui a renforcé les droits de participation des parties dans la mise en place d'une expertise médicale.

5. a. La recourante fait grief à l'intimée de ne pas avoir respecté les exigences jurisprudentielles liées à la mise sur pied consensuelle des expertises. Il convient de constater, à titre liminaire, que l'intimée n'a pas mandaté les experts sans consulter l'assurée et qu'il ne peut lui être reproché d'avoir pris contact avec le CEMed en lui soumettant le dossier de l'assurée dans le but d'obtenir le nom des experts qui pourraient y procéder, ce qui lui a permis de transmettre leurs noms à l'assurée pour qu'elle se prononce à leur sujet. L'on ne voit pas en quoi cette façon de procéder influencerait les experts et justifierait leur récusation. L'organisation d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas aisée et les assureurs doivent pouvoir bénéficier d'une certaine marge de manœuvre permettant d'en faciliter la mise en oeuvre.

b. La recourante, en s'opposant par principe à ce que le CEMed et la Clinique Corela soient mandatés pour effectuer l'expertise, n'a pas fait valoir un motif de récusation formel, dès lors qu'elle mettait en cause de manière générale l'indépendance de ces centres, sans alléguer une apparence de prévention dans le cas concret. Elle a ainsi fait valoir un motif matériel. À la suite des objections formulées par la recourante, l'intimée a certes tenté de prendre contact, mais sans succès, avec le SEM. Elle n'a en revanche pas répondu à la suggestion de mandater le CHUV et ne semble pas avoir contacté le BEM, alors qu'elle l'avait elle-même proposé comme alternative à l'assurée, qui n'avait pas formulé d'objection de principe contre celui-ci. Ce n'est que dans sa décision du 18 août 2016 que l'intimée a précisé que le BEM ne disposait pas de tous les spécialistes et dans sa réponse au recours qu'il a motivé pourquoi il n'avait pas mandaté le CHUV. S'agissant de ce dernier, s'il n'a pas pour mission première d'effectuer des expertises, contrairement aux centres proposés par l'intimée, il faut reconnaître avec la recourante qu'il est notoire que le CHUV procède à des expertises. L'objection de l'intimée selon laquelle il était difficile de connaître à l'avance les médecins qui seraient véritablement chargés de l'expertise ne suffisait pas à l'exclure, vu le souhait exprimé par l'assurée. Il apparaît ainsi que l'intimée n'a pas sérieusement tenté de trouver un consensus avec l'assurée en mandatant le CEMed, contrairement à sa volonté, alors qu'elle disposait d'autres alternatives. Au vu de la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral et de la Cour de cassation, l'intimée n'a ainsi pas respecté les droits de participation de l'assurée dans la procédure de désignation de l'expert. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimée afin qu'elle propose un ou plusieurs autres médecins susceptibles d'assumer le mandat d'expertise afin de trouver un accord avec la recourante, susceptible de favoriser l'adhésion de cette dernière aux conclusions de l'expertise.

c. La recourante a encore fait valoir que les questionnaires d'expertise adressés au CEMed ne se limitaient pas à un recueil de questions, mais contenaient une version des faits orientée et partielle, sans détailler en quoi le résumé

des faits serait orienté, ce qui n'apparaît pas le cas à la lecture des documents du point de vue de la chambre de céans. À cet égard, il convient de relever que l'intimée a pris en compte les suggestions de l'assurée en annexant les questions complémentaires de celle-ci à la mission d'expertise. Elle a ainsi correctement tenu compte des remarques de cette dernière. Ce grief doit être rejeté. d. La recourante conteste enfin la nécessité d'une expertise psychiatrique. Contrairement à ce que soutient l'intimée, sans le motiver sérieusement en renvoyant à la lecture du dossier, l'on ne voit pas la nécessité de faire procéder à une expertise psychiatrique, dès lors que la recourante ne fait valoir aucune prétention relative à une telle atteinte. En outre, si le Dr E_____ a certes évoqué un état dépressif, il n'apparaît pas, au vu de l'ensemble du dossier, que l'atteinte à la santé de l'assurée pourrait avoir une cause psychique. C'est donc à juste titre que la recourante s'oppose à une expertise psychiatrique. 6. Fondé, le recours sera partiellement admis, la décision du 18 août 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle propose à la recourante, un ou plusieurs autres médecins susceptibles d'assumer le mandat d'expertise afin de trouver un consensus, sans faire porter l'expertise sur le plan psychiatrique. 7. La recourante, étant représentée par un conseil et obtenant gain de cause en grande partie, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). 8. La procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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