

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1022/2024

ATAS/711/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 septembre 2024

Chambre 4

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

contre

VISANA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs

EN FAIT

- A.**
- a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1984, ressortissante française et célibataire.
 - b.** Elle est employée de l'B_____ (ci-après : l'B_____) en qualité d'infirmière visiteuse de soins à domicile et assurée, à ce titre, contre le risque accidents auprès de VISANA ASSURANCES SA (ci-après : VISANA ou l'intimée).
- B.**
- a.** Le 14 décembre 2013, alors que l'assurée se rendait chez un client en vélo électrique, elle a chuté sur du verglas et s'est blessée à la tête.
 - b.** Le 24 décembre 2013, VISANA a informé l'assurée qu'elle prenait en charge le cas et lui a versé des indemnités journalières à 100%.
 - c.** VISANA a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire de l'assurée au C_____ (ci-après : le C_____), qui a rendu son rapport le 1^{er} décembre 2015. Les experts ont conclu qu'il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique, mais un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervical sévère prédominant en flexion/extension sur dysfonction segmentaire C6-C7 avec une volumineuse hernie discale, post-traumatique. Les douleurs de la nuque, de la ceinture scapulaire et les irradiations aux membres supérieurs étaient au degré de la vraisemblance prépondérante entièrement ou en partie en rapport de causalité naturelle avec l'évènement du 14 décembre 2013. Les douleurs actuelles étaient encore dues à l'évènement. Il fallait s'attendre à un dommage permanent dû à l'accident, de sorte que l'on ne pouvait pas parler d'un *statu quo ante* ou *sine*. Les douleurs n'étaient pas dues exclusivement à des facteurs étrangers. L'ancienne activité n'était plus exigible. La capacité de travail théorique dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 50% dès juillet 2015, à revoir dans un an, car un bilan final n'était pas possible actuellement.
 - d.** Sur la base de cette expertise, VISANA a, par décision du 4 janvier 2016, diminué le taux des indemnités journalières versées à l'assurée à 50% dès le 21 décembre 2015. La prise en charge des frais de guérison était maintenue.
 - e.** Le 14 janvier 2022, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a informé VISANA que l'assurée présentait encore quelques raideurs cervicales résiduelles, qui se manifestaient surtout à la mise en route. Elle arrivait à bien gérer la situation, ayant adapté son style de vie sans nécessité de prendre des médicaments, malgré de discrètes douleurs résiduelles. Des séances d'acupuncture lui faisaient du bien. Elle avait quelques dysesthésies résiduelles des avant-bras sur le bord cubital.
 - f.** Le 6 février 2023, VISANA a informé l'assurée que sur la base du rapport du Dr D_____, un bilan avait été fait par radiographies fonctionnelles, qui montraient une stabilité du segment C6-C7. Son état de santé pouvait dès lors être considéré comme stabilisé, de sorte que VISANA n'avait plus à prendre son cas en charge. Il lui était proposé, au titre d'une transaction, qu'une rente d'invalidité

ne lui serait pas versée, puisqu'elle avait repris une activité professionnelle dans le courant de l'année 2017, et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de CHF 25'200.- lui soit versée, son atteinte étant d'environ 20%, selon les experts.

g. Le 16 mai 2023, l'assurée a répondu à VISANA qu'elle avait bien repris une activité professionnelle à l'B_____ comme infirmière de liaison à 80%. Elle avait accepté ce taux, alors que sur le plan médical, sa capacité de travail avait été évaluée à 50%, car son employeur n'acceptait pas des taux d'activité inférieur. À ce jour, elle sentait bien que, malgré tous ses efforts, ce taux n'était pas adapté aux séquelles de son accident. En conséquence, l'assurée n'acceptait pas la proposition de transaction.

Elle joignait à son courrier un rapport établi par le Dr D_____ le 3 mai 2023, dont il ressort que son état de santé était stabilisé, sans récupération complète, ni sur le plan des symptômes, ni sur le plan radiologique, puisqu'il persistait des douleurs, essentiellement musculaires, et une décoaptation partielle des facettes articulaires. L'assurée avait repris une activité d'infirmière à 80% sous la pression de son employeur, moyennant un sacrifice de vie important. La situation était difficilement gérable. Son taux d'activité n'était pas adapté à son état de santé. Au vu de son état de santé, on ne pouvait raisonnablement exiger d'elle une activité supérieure à 60%.

h. Le 2 juin 2023, VISANA a informé l'assurée qu'afin de clarifier sa situation médicale, elle souhaitait mandater le C_____ pour faire une expertise. Un délai lui était donné pour récuser ce service d'expertise et proposé des compléments ou des modifications au questionnaire qui lui serait adressé.

Les questions 1 à 9 du questionnaire portaient sur l'anamnèse, les maux subjectifs, les résultats pathologiques objectivables, les diagnostics (en distinguant ceux qui présentaient un lien de causalité (partiel) avec l'évènement du 14 décembre 2013, selon un degré de vraisemblance prépondérante et ceux qui ne l'étaient pas), les différences entre les maux subjectifs et objectivables, la genèse des maux, le lien de causalité naturelle entre les résultats pathologiques objectivables et l'évènement en cause ainsi que les effets d'un éventuel état antérieur.

Les questions 10 à 12 portaient sur le retour à un *statu quo sine* ou *ante* pour les résultats pathologiques actuellement objectivables au moins partiellement dus à l'évènement, les questions 13 et 14 sur la capacité de travail, les questions 15 à 20 sur le traitement et la question 21 sur l'atteinte à l'intégrité.

i. Le 27 juillet 2023, l'assurée a contesté la nécessité d'une expertise et le choix du C_____, en raison de sa précédente expérience particulièrement négative avec ce centre d'expertise.

j. Le 9 août 2023, VISANA a informé l'assurée que sa capacité de travail n'était pas tranchée clairement dans le rapport d'expertise du C_____, qui mentionnait que depuis juillet 2015, une capacité théorique de 50% entrain en ligne de compte,

à revoir dans un an pour la capacité de travail dans l'activité professionnelle habituelle, et qu'un bilan final était impossible actuellement pour une activité professionnelle adaptée.

En outre, bien que les experts aient estimé le taux de l'atteinte à l'intégrité à 20%, ils indiquaient aussi qu'il était difficile de chiffrer le dommage permanent avec précision en l'état.

Il était dès lors nécessaire de mettre en œuvre une expertise. VISANA proposait à l'assurée de mandater le E_____ (ci-après : E_____) au lieu du C_____.

k. Le 30 août 2023, l'assurée a fait valoir qu'un complément d'expertise n'était pas indispensable et que s'il était ordonné, il ne devrait porter que sur la réactualisation de l'expertise de 2015 sur la question du taux de capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible. Il n'y avait pas lieu de réexaminer les diagnostics et la causalité déjà établis par la première expertise.

l. Le 19 janvier 2024, VISANA a communiqué à l'assurée le nom des experts désignés pour l'expertise avec un délai de dix jours pour lui faire savoir si elle récusait les experts et lui remettre par écrit des questions supplémentaires à leur adresser.

m. Par décision incidente du 22 février 2024, VISANA a estimé que la mise sur pied d'une nouvelle expertise était nécessaire, car les éléments médicaux figurant au dossier de l'assurée étaient contradictoires et ne déterminaient pas de manière certaine la causalité naturelle, la capacité de travail, l'état définitif et l'atteinte à l'intégrité. La recherche d'un consensus ne s'appliquait qu'au choix des experts et pas à la rédaction des questions. En conséquence, l'assurée devait se soumettre à une nouvelle expertise auprès du E_____.

C. a. Le 25 mars 2024, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision incidente de VISANA, concluant à la suppression des questions n° 1 à 9 du questionnaire d'expertise et à ce qu'il soit dit que l'expertise ne pouvait porter sur d'autres questions que sur l'évolution de sa capacité de travail depuis l'expertise du C_____ de 2015 et sur un éventuel taux d'IPAI supplémentaire par rapport à celui de 20% retenu en 2015, au vu de l'apparition éventuelle d'une cyphose depuis lors, avec suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 19 juin 2024, VISANA a conclu au rejet du recours.

c. Le 11 juillet 2024, la recourante a répliqué, persistant dans ses conclusions.

d. Le 12 août 2024, l'intimée a dupliqué.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42 consid. 2.1).

Selon la jurisprudence, un recours peut être interjeté contre une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; Ulrich KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, n. 29 ad art. 44 LPGA ; 139 V 349 consid. 3 à 5).

Partant, le recours, interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56 ss LPGA, est recevable.

3. Le litige porte sur le bien-fondé des questions 1 à 9 que l'intimée entend poser aux experts du E_____.

3.1 L'art. 43 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1bis). 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).

En vertu de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises; trois types sont possibles : a. expertise monodisciplinaire b. expertise bidisciplinaire ; c. expertise pluridisciplinaire.

Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2)

Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3).

Selon l'art. 7j de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), si une partie récusé un expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation. En l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus (al. 1). La recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers (al. 2).

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

La mise en œuvre d'une deuxième expertise qui n'est pas indispensable peut relever d'un retard injustifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2009 du 22 avril 2010 consid. 3.3.).

3.2 Lorsque qu'une décision formelle n'a pas été rendue, il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 369 consid. 3). Ainsi, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. À défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_63/08 du 12 mars 2008 consid. 2).

3.3

3.3.1 La recourante conclut à suppression des questions n° 1 à 9 du questionnaire d'expertise, faisant valoir que l'intimée ne pouvait revenir sur les constatations des experts du C_____, qui n'avaient pas été contestées. Elle estime que la nouvelle expertise ne pouvait porter que sur l'évolution de sa capacité de travail depuis l'expertise du C_____ de 2015 et sur un éventuel taux d'IPAI supplémentaire par rapport à celui de 20% retenu en 2015, au vu de l'apparition éventuelle d'une cyphose depuis lors. Selon elle, l'intimée n'était pas libre de fixer à sa guise et en dernier ressort l'étendue de l'expertise et le choix des questions. Elle ne pouvait lui imposer un questionnaire identique à celui d'une première expertise et remettre ainsi en question les constatations médicales faites par les experts du C_____ en 2015, en particulier des diagnostics, de la causalité, de l'exigibilité et du caractère objectivable des atteintes, alors qu'elle ne les avait jamais contestées. Bien plus, elle avait elle-même signifié à la recourante à plusieurs reprises que son dossier était en mesure d'être clôturé, admettant qu'il était instruit à satisfaction sur le plan médical.

3.3.2 L'intimée estime pour sa part que toutes les questions posées dans la mission d'expertise se justifiaient, relevant que la recourante ne contestait pas qu'il y avait de nouveaux diagnostics. Les questions n° 1 à 9 n'avaient rien d'inhabituel, que ce soit pour une expertise complète ou complémentaire, l'expert ayant pour mission de répondre de manière exhaustive et en connaissance de l'anamnèse et du diagnostic.

Contrairement à ce que retenait la recourante, en 2015, les experts n'étaient pas en mesure de se déterminer sur les questions centrales de la causalité notamment. La situation était alors encore instable et il n'y avait pas lieu de répondre aux questions du *statu quo* mais de renvoyer à une expertise ultérieure. Il s'agissait ici d'une décision incidente et pas d'une décision de prestations.

3.4 En l'espèce, il résulte de l'art. 44 al. 3 LPGA que l'intimée pouvait décider en dernier ressort des questions à soumettre aux experts et que si la recourante pouvait suggérer des questions complémentaires, elle ne pouvait pas exiger la suppression des questions 1 à 9 de la mission d'expertise. Il n'y a pas place pour un consensus en la matière, contrairement à ce qui est prévu pour le choix des experts, à teneur de l'art. 7j al. 1 OPGA.

Il faut encore relever que les experts sont indépendants selon l'art. 44 al. 2 LPGA et que pour que leur rapport puisse se voir reconnaître une force probante, ils doivent, selon la jurisprudence, procéder à une étude fouillée des points litigieux, prendre en considération les plaintes exprimées, se fonder sur une pleine connaissance du dossier (anamnèse) ainsi que sur des examens complets et que la description des interférences médicales soit claire. Cela implique qu'ils procèdent à leur propre analyse du dossier et qu'ils ne sauraient être liés par les conclusions des autres experts ayant eu à connaître du cas. Si leurs conclusions diffèrent de

ceux-ci, ils doivent motiver leur position. Il est ainsi d'usage de poser dans les expertises toutes les questions qui peuvent l'être dans le domaine considéré, en particulier sur la causalité concernant un cas d'accident.

Au stade de l'expertise, il n'est pas question de limiter l'examen des experts, pour autant qu'il n'apparaisse pas que l'expertise ait pour but de recueillir un second avis médical sur les faits déjà établis par une expertise. En l'occurrence, ce n'est pas le cas, la recourante ne contestant pas la nécessité de l'expertise pour déterminer sa capacité de travail et sur un éventuel taux d'IPAI supplémentaire par rapport à celui de 20% retenu en 2015.

Faute de décision entrée en force et vu la nécessité d'ordonner une nouvelle expertise, la recourante ne peut soutenir que les conclusions des premiers experts ne pouvaient pas faire l'objet d'un second examen, mais elle pourra faire valoir son appréciation des expertises pour déterminer laquelle est la plus probante, au cas où les conclusions des experts divergeraient. La question de savoir si une partie du cas aurait déjà fait l'objet d'une décision partielle en force sur la causalité est une question juridique que la recourante pourra, cas échéant, faire valoir contre la décision qui sera prise par l'intimée à l'issue de l'instruction complémentaire.

4. Infondé, le recours sera rejeté.

La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations, elle est gratuite (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

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