



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1838/2024

ATAS/196/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 24 mars 2025

Chambre 6

En la cause

A _____
représenté par Me Yero DIAGNE, avocat

recourant

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, ASSURANCE MILITAIRE (SUVA)**

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Yda ARCE et Yves MABILLARD, juges
assesseurs.**

EN FAIT

- A.**
- a.** A _____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1990, a effectué son service militaire de longue durée à compter du 31 octobre 2011.
 - b.** Par courriers des 11 et 24 février 2012, l'assuré a informé la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, ASSURANCE MILITAIRE (SUVA ; ci-après : la SUVA) qu'il avait été victime d'une agression en date du 15 janvier précédent à Genève, durant une période de service, en expliquant qu'il avait reçu un coup à l'œil droit, puis un second coup à l'œil gauche avec un objet tranchant. Dans le formulaire d'annonce rempli par le docteur B _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant du recourant, il était notamment indiqué que ce dernier souffrait d'un traumatisme psychique.
 - c.** À teneur du rapport médical du 16 janvier 2012 établi par la docteure C _____, alors médecin interne au service d'ophtalmologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré présentait des plaies palpébrales au niveau de la paupière inférieure gauche, lesquelles avaient été suturées, et un œdème de Berlin de la rétine inférieure de l'œil gauche.
 - d.** L'assuré s'est trouvé en incapacité de travail totale jusqu'au 26 janvier 2012, avant de reprendre son service militaire. La SUVA a pris en charge les frais de traitement de l'assuré durant son service militaire, soit jusqu'au 5 janvier 2013.
- B.**
- a.** Après avoir reçu une note d'honoraires relative à un traitement médical prodigué à l'assuré le 25 juillet 2013 par le docteur D _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, la SUVA a informé l'assuré, par courrier du 11 décembre 2013, que dans la mesure où il avait sollicité le remboursement d'un traitement intervenu après la période de service militaire, elle avait requis des renseignements médicaux afin de se prononcer sur sa responsabilité à l'égard de l'affection concernée.
 - b.** Dans un rapport médical du 16 décembre 2013, le docteur E _____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, a indiqué à la SUVA que l'assuré souffrait d'une contusion à l'œil gauche, ainsi que d'un traumatisme et d'une plaie palpébrale à l'œil droit. Le Dr D _____ a quant à lui informé la SUVA que l'assuré présentait une discrète atteinte du champ visuel post-traumatique et des plaies suturées aux paupières.
 - c.** Le 6 janvier 2014, l'assuré a adressé à la SUVA, par l'intermédiaire de son conseil, un questionnaire intitulé « demande d'annonce », ainsi qu'une ordonnance de non-entrée en matière du Ministère public du 10 décembre 2013, à teneur de laquelle l'auteur de l'agression et les personnes qui l'accompagnaient n'avaient pas pu être formellement identifiés. Le recourant mentionnait également que sa situation était stabilisée « sur le plan esthétique », ce qui n'était toutefois pas le cas sur le plan psychologique.

d. Par courrier du 8 janvier 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions légales pour être mis au bénéfice de ses prestations.

e. Déférant à une demande de la SUVA, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, par courrier du 4 mars 2014, indiqué à celle-ci que l'assuré l'avait consulté en date du 6 décembre 2013, en lien avec les suites de l'agression qu'il avait subie en date du 15 janvier 2012. L'assuré se plaignait de sa cicatrice au visage, parfois de spasmes à l'œil et de douleurs, et d'une reviviscence de l'agression. Il présentait quelques symptômes relevant du syndrome de stress post-traumatique. Le Dr F_____ proposait ainsi un traitement par EMDR à l'assuré.

f. Le 29 juillet 2014, le Dr F_____ a indiqué à la SUVA que la situation clinique de l'assuré n'avait pas fondamentalement évolué. Il présentait clairement un syndrome de stress post-traumatique découlant de l'agression subie le 15 janvier 2012. Il adoptait un comportement d'évitement, éprouvait des angoisses à l'occasion de situations lui rappelant l'agression, avait des réminiscences envahissantes et faisait des rêves récurrents sur le thème de l'impuissance. L'assuré allait entreprendre un traitement spécifique par EMDR avec un médecin spécialisé à Glasgow, où il effectuait ses études, étant précisé que cette démarche paraissait adéquate au Dr F_____.

g. Afin de déterminer si le syndrome de stress post-traumatique diagnostiqué par le Dr F_____ était pleinement ou partiellement constitutif de séquelles tardives dues à l'agression du recourant, la SUVA a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Selon l'appréciation médicale du 10 décembre 2014 de ce dernier, les symptômes décrits par le Dr F_____ étaient cohérents avec le diagnostic de syndrome post-traumatique, de sorte qu'une prise en charge par traitement EMDR était justifiée. Au vu du long délai déjà écoulé, le dossier allait toutefois être soumis à leur médecin-conseil psychiatre en vue de recueillir un avis spécialisé. Le Dr G_____ mentionnait en outre que lors de l'examen médical effectué par l'assuré au cours de son recrutement, deux gestes auto-agressifs étaient mentionnés, lesquels consistaient en des veinosections superficielles.

h. Le dossier de l'assuré a ainsi été soumis à l'appréciation du docteur H_____, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son appréciation du 21 janvier 2015, celui-ci a également remarqué que l'assuré semblait avoir des antécédents sur le plan psychiatrique consistant en des conduites auto-agressives. Selon le Dr H_____, le syndrome de stress post-traumatique ne constituait pas à proprement parler une séquelle tardive, dès lors que l'assuré avait présenté ce symptôme dès son agression et que celui-ci avait persisté. Au vu du temps écoulé depuis l'agression et de la chronicisation de la symptomatologie, cette dernière serait moins susceptible d'être améliorée grâce à un traitement.

i. Par courrier du 6 mars 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle souhaitait procéder à une anamnèse. Dans la mesure où ce dernier se trouvait à l'étranger, la SUVA proposait de réaliser cette anamnèse par écrit et requérait la transmission de renseignements relatifs aux affections et accidents survenus avant et après le service militaire de l'assuré, en particulier s'agissant des yeux et du psychisme. Les noms de ses médecins traitants étaient également sollicités.

j. À réception des noms des médecins de l'assuré, la SUVA s'est adressée aux Drs B_____ et, psychologue auprès duquel l'assuré effectuait le traitement EMDR en Écosse, afin d'obtenir des éléments lui permettant de compléter l'anamnèse.

k. Par courrier du 1^{er} août 2015, le Dr B_____ a informé la SUVA qu'à sa connaissance, l'assuré n'avait jamais eu de consultation ophtalmologique ou psychiatrique avant son agression du 15 janvier 2012.

l. Dans son rapport médical du 2 septembre 2015, rédigé en anglais, le Dr I_____ a expliqué que l'assuré présentait un syndrome de trouble post-traumatique. Le traitement EMDR avait permis de réduire sensiblement les réactions traumatiques, même si celles-ci n'avaient pas totalement disparu, si bien que l'assuré présentait encore des symptômes traumatiques à la fin du traitement.

m. Le Dr F_____ a quant à lui estimé, dans son rapport médical du 7 décembre 2015, que l'assuré présentait un état de stress post-traumatique, bien amélioré (F43.1). L'assuré gérait mieux ses angoisses et présentait moins de comportements d'évitement, même s'il était encore un peu « défensif » et qu'il se protégeait de nouvelles agressions. Sa capacité de travail était entière et le traitement avait pris fin, sous réserve d'une éventuelle rechute.

n. Par courrier du 6 décembre 2016, la SUVA a informé l'assuré que la responsabilité de l'assurance militaire était pleinement engagée à l'égard des séquelles dues à l'agression du 15 janvier 2012, de sorte qu'il restait assuré à vie s'agissant de ces dernières. Si un traitement devait être repris, un rapport médical détaillé serait indispensable.

o. Par courrier du 10 janvier 2017, le conseil de l'assuré a pris note de la position de la SUVA, en l'informant que la situation médicale de l'assuré n'était pas définitivement stabilisée, de sorte qu'il la recontacterait ultérieurement.

C. a. Par courrier du 3 juillet 2020, l'assuré a sollicité de la SUVA le remboursement de frais de médicaments et la prise en charge de consultations médicales ayant eu lieu en 2019 et 2020.

b. Le 13 juillet 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'au vu de l'absence de traitement pendant une longue période, elle était tenue de réexaminer sa responsabilité et a demandé à l'assuré de lui fournir des renseignements complémentaires.

c. L'assuré a alors communiqué à la SUVA un rapport médical du 10 juillet 2020 du docteur D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, lequel mentionnait que l'assuré se plaignait souvent de sécheresse oculaire, en raison de laquelle il avait présenté une inflammation importante de l'œil gauche procédant très probablement d'une érosion récidivante du côté gauche.

d. L'assuré a également transmis à la SUVA un rapport médical du Dr F_____ du 27 mai 2020, qui indiquait avoir revu l'assuré après une interruption de quatre ans. L'assuré avait entamé un traitement antidépresseur dans le courant du mois de mai 2020 et présentait toujours un manque de confiance en lui, ainsi qu'une importante insécurité face à de potentielles agressions. L'assuré exprimait en outre des craintes s'agissant de l'avenir et indiquait être très stressé lors d'entretiens professionnels. En outre, l'assuré présentait un manque de goût à la vie, des troubles du sommeil, une irritabilité et une fatigabilité. Sa cicatrice faciale le complexait, alors qu'elle n'était pas frappante. Dans le contact, l'assuré faisait montre d'une discrétion évoquant un comportement anxieux-évitant. Le Dr F_____ encourageait ainsi l'assuré à chercher un psychiatre-psychothérapeute près de son lieu de domicile pour entamer un suivi plus soutenu.

e. Par courrier du 12 août 2020, la SUVA a informé l'assuré que la reprise des consultations auprès du Dr F_____, près de quatre ans après la fin du traitement psychiatrique et l'amélioration de son état psychique, impliquait un réexamen de sa responsabilité. Les frais relatifs à l'atteinte ophtalmologique continueraient quant à eux de lui être remboursés.

f. Par courrier du 3 septembre 2020, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, expliqué à la SUVA que son état de santé ne s'était pas amélioré au point que son affection psychique aurait disparu depuis 2015. L'assuré vivait avec son syndrome de stress post-traumatique depuis l'accident et en présentait toujours des symptômes, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une rechute. L'assuré a également précisé qu'il travaillait actuellement au sein de la société J_____, à Annecy, en qualité de « *development tester* ».

g. Dans son appréciation médicale du 14 septembre 2020, le docteur K_____, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a évoqué les actes auto-agressifs de l'assuré, ainsi qu'un suivi psychiatrique effectué par ce dernier auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), en se référant à l'examen médical effectué par l'assuré lors du recrutement. D'après le Dr K_____, plusieurs des symptômes relevés par le Dr F_____ avaient un lien spécifique avec l'agression du 15 janvier 2012, tels que l'insécurité face à de potentielles agressions, les troubles du sommeil, l'irritabilité et le complexe relatif à sa cicatrice faciale. Cependant, le manque de confiance en soi, les craintes s'agissant de l'avenir, le stress important lors d'entretiens professionnels et le manque de joie de vivre étaient dus à d'autres facteurs qu'à l'agression précitée. Il était ainsi hautement vraisemblable que les nouvelles consultations auprès du Dr F_____ fussent partiellement dues

à l'évènement du 15 janvier 2012. Un diagnostic précis ne pouvait toutefois pas être posé sur la seule base des documents dont le Dr K_____ disposait, étant précisé qu'il se justifierait de procéder à un examen de l'assuré.

h. Par courrier du 15 septembre 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'elle continuerait à prendre en charge les frais du traitement de l'affection psychiatrique.

i. À la demande de la SUVA, le Dr D_____ lui a transmis un rapport médical du 20 décembre 2022, duquel il ressortait que l'assuré présentait une inflammation chronique de l'œil beaucoup plus importante du côté gauche que du côté droit, accompagnée d'une sécheresse importante.

j. Dans son rapport du 3 février 2023, la docteure L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et M_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont informé la SUVA que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques (F33.11), des troubles anxieux de type anxiété généralisée (F41.1) et une modification durable de la personnalité après une expérience traumatique (F62.0). Les symptômes anxieux et dépressifs secondaires et durables étaient présents depuis l'agression subie par l'assuré, à la suite de l'état de stress post-traumatique initial. L'assuré travaillait actuellement dans le domaine de la sécurité à l'aéroport, bien que cet emploi eût tendance à réactiver son anxiété, sa méfiance et le sentiment de peur face à autrui. La Dre L_____ et M_____ estimaient que le traumatisme dû à l'agression de 2012 et les blessures psychiques séquellaires avaient induit une dynamique de vulnérabilité au long court et durable, et que la récente aggravation de sa situation oculaire affectait également son état psychique. L'assuré était dans l'impossibilité d'effectuer une activité professionnelle à 100%, sa capacité de travail s'élevant à 50%. Il devait en tous les cas bénéficier d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier et d'une prise en charge multidisciplinaire.

k. Le rapport médical du Dr D_____ du 26 janvier 2023 mentionnait quant à lui que l'assuré souffrait d'une sécheresse oculaire beaucoup plus importante du côté gauche et d'un dommage esthétique présent et permanent sous la forme d'une cicatrice arrondie. S'agissant du champ visuel, l'assuré présentait quelques petites erreurs du côté droit, lesquelles étaient encore dans la norme. Du côté gauche, des zones où la diminution des discriminations était très importante étaient visibles. L'assuré souffrait également de conjonctivites fréquentes, de photophobie, de larmoiements abondants, de douleurs oculaires et de spasmes musculaires à l'arcade sourcilière. La capacité de travail de l'assuré n'excédait pas 50% en raison des atteintes précitées, étant précisé qu'au vu des risques de décollement de rétine et de glaucome causé par le caractère violent de l'agression, un suivi médical permanent était requis.

l. Dans son rapport du 22 mars 2023, la docteure N_____, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie et médecin traitante de l'assuré, a confirmé que la capacité de travail de l'assuré s'élevait à 50% et a repris les diagnostics énumérés par ses médecins spécialistes.

m. Par courrier du 17 mai 2023, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, informé la SUVA que son état de santé continuait à s'aggraver, tant sur le plan ophtalmologique que psychologique, et qu'il se trouvait en incapacité de travail à 50% depuis le 1^{er} janvier 2023. La SUVA était priée de poursuivre l'instruction de son dossier en vue du versement de différentes prestations. Le recourant a joint à son courrier les rapports médicaux des 3 février 2023 de la Dre L_____, 26 janvier 2023 du Dr D_____ et 22 mars 2023 de la Dre N_____ du 22 mars 2023.

n. En date du 23 mai 2023, la SUVA a rédigé une note à l'attention du médecin-psychiatre d'arrondissement, en résumant la situation de l'assuré et en indiquant notamment qu'une antériorité ressortait de « la p. 23 des actes sanitaires », laquelle avait pris la forme de deux gestes auto-agressifs à la fin de l'adolescence, d'une idéation suicidaire non scénarisée à 16 ans et plus globalement d'une personnalité fragile et d'un moral abaissé depuis 2011. L'assuré avait bénéficié d'un suivi psychiatrique au CHUV avant le début de son service militaire. En outre, la responsabilité de la SUVA quant aux rechutes dépressives de l'assuré avait été partiellement admise, étant précisé que l'assuré n'ayant pas été expertisé, le pourcentage de responsabilité ne pouvait pas être établi. Cette question avait été laissée ouverte dans la mesure où une éventuelle réduction des prestations ne concernait pas les frais de traitement.

o. Le Dr H_____ a effectué une nouvelle appréciation du dossier de l'assuré en date du 14 juin 2023, en soulignant à nouveau l'existence d'une antériorité psychiatrique et en estimant qu'il n'était pas possible de se prononcer sur l'étendue de la responsabilité de l'assurance militaire, dès lors que la problématique antérieure présente chez l'assuré n'était pas précisée. Il était ainsi indispensable de connaître le diagnostic retenu à cette époque, singulièrement lorsque l'assuré avait bénéficié de soins auprès du CHUV. Le même raisonnement était transposable à l'évaluation de la responsabilité de la SUVA s'agissant de la sécheresse oculaire de l'assuré, dès lors qu'il s'agissait de l'un des effets secondaires des antidépresseurs. Selon le Dr H_____, l'assuré risquait d'être frappé d'une invalidité de longue durée si le diagnostic de la Dre L_____ s'avérait correct. Cependant, il était selon lui probable, au vu de l'antériorité de l'assuré, que le pronostic retenu ne soit pas le bon. La situation de l'assuré n'était en tout état de cause pas stabilisée, de sorte qu'il convenait de procéder à un examen de l'assuré, voire d'organiser une expertise, afin de répondre aux questions demeurées en suspens.

p. Dans un rapport médical du 11 juillet 2023, M_____ a indiqué que l'assuré présentait encore des symptômes anxieux et dépressifs secondaires à l'agression

de 2012, ainsi que les diagnostics énumérés dans son rapport médical du 3 février 2023.

q. Par courrier du 28 août 2023, l'assuré a, sous la plume de son conseil, contesté la teneur de la note rédigée par la SUVA en date du 23 mai 2023 s'agissant de l'antériorité psychiatrique évoquée, en soulignant que la transmission de telles informations au médecin-conseil psychiatre était susceptible d'induire ce dernier en erreur. Le conseil de l'assuré a joint à son courrier le rapport médical du Dr B_____, daté du 1^{er} août 2015, qui indiquait qu'à sa connaissance, l'assuré n'avait jamais eu de consultation psychiatrique avant son agression du 15 janvier 2012. Le recourant a également adressé à la SUVA le rapport médical du 11 avril 2011 établi par le Dr B_____ et adressé aux médecins du recrutement, qui mentionnait qu'il n'y avait pas de contre-indication médicale à l'incorporation de l'assuré. Enfin, l'assuré sollicitait notamment la transmission de tous les « actes sanitaires » auxquels la note du 23 mai 2023 faisait référence.

r. Par courrier du 31 août 2023, la SUVA a communiqué à l'assuré un document intitulé « examen médico-psychologique », faisant partie du dossier sanitaire de l'assuré établi par le service médico-militaire et mentionnant que celui-ci avait une personnalité fragile avec un moral abaissé depuis 2011, qu'il avait présenté une idéation suicidaire non scénarisée à 16 ans et qu'il avait indiqué avoir eu deux gestes auto-agressifs consistant en des veinosections superficielles. Il avait également présenté des insomnies et avait subi des investigations hospitalières au CHUV. Ce document avait été établi par le Docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne, et était daté du 9 juin 2011. À teneur de ce document, l'assuré avait été vu en entretien psychologique et déclaré apte au service.

D. a. Par courrier du 12 septembre 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'elle entendait organiser une expertise interdisciplinaire et confier cette dernière au docteur P_____, psychiatre au centre Q_____. Une liste de neuf questions à l'attention de l'expert et un récapitulatif des faits étaient annexés à ce courrier, étant précisé que ce dernier document faisait mention de l'antériorité décrite dans le dossier sanitaire de l'assuré et qu'il était notamment demandé aux experts d'indiquer dans quelle mesure l'antériorité reportée par la Dre L_____ influençait l'état actuel de l'assuré. La SUVA mentionnait également que depuis le mois de mai 2023, elle n'avait plus d'incapacité de travail à 50%.

b. L'assuré a pris position sur ce courrier dans sa correspondance du 25 septembre 2023, en soulignant qu'il n'avait pas eu accès au dossier complet de la SUVA, notamment au dossier sanitaire de 33 pages duquel était tiré l'extrait relatif à l'antériorité de son état psychique, de sorte que la transmission de l'intégralité du dossier était requise. Pour le surplus, l'assuré a fait valoir qu'il approuvait la mise en place d'une expertise indépendante, cette dernière devant toutefois être pluridisciplinaire et comporter des volets d'ophtalmologie et ophtalmochirurgie, de psychiatrie avec spécialité en « psycho traumatologie IFSM », de psychologie

avec spécialité en psychothérapie FSP, de médecine interne, de chirurgie plastique et reconstructive et d'anesthésiologie.

L'assuré a également fait valoir plusieurs motifs de récusation à l'égard du Dr P_____ et du centre Q_____ et a souligné que l'état de fait joint au dernier courrier de la SUVA contenait plusieurs inexactitudes qui devaient être supprimées et modifiées. En outre, contrairement à ce qu'indiquait la SUVA, la Dre L_____ n'avait jamais attesté d'une quelconque antériorité dans ses rapports. L'assuré persistait à contester la présence d'antécédents médicaux, en se référant notamment aux rapports du Dr B_____ des 11 novembre 2011 et 1^{er} août 2015. Par ailleurs, contrairement à ce qui était retenu par la SUVA, l'incapacité de travail de l'assuré à 50% perdurait depuis le mois de mai 2023, comme en attestaient les certificats médicaux annexés au courrier de l'assuré.

L'assuré transmettait en outre à la SUVA son propre état de fait, ainsi qu'une liste de 28 questions à poser aux experts.

Enfin, l'assuré demandait à la SUVA de supprimer et corriger immédiatement toutes les données et informations erronées contenues dans son dossier.

c. Par courrier du 31 octobre 2023, la SUVA a transmis à l'assuré une version actualisée de son dossier ainsi que les pièces médicales figurant dans son dossier sanitaire, en l'invitant à s'adresser directement au service médico-militaire pour obtenir la totalité de son dossier sanitaire.

d. En date du 29 novembre 2023, l'assuré a, par le biais de son conseil, relevé que le dossier qui lui avait été remis était incomplet, dès lors qu'il ne contenait pas les correspondances de la SUVA avec le service médico-militaire et les autres assureurs sociaux, de sorte qu'il demandait à nouveau à ce que l'intégralité du dossier lui soit transmise. Pour le surplus, l'assuré maintenait les requêtes qu'il avait formulées dans son courrier du 25 septembre précédent et demandait à pouvoir venir à l'expertise pluridisciplinaire accompagné d'un membre de sa famille. Enfin, les médecins participants à l'expertise devaient être informés du fait que l'assuré n'avait jamais eu d'antécédents psychiatriques.

e. Le 31 janvier 2024, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, pris position sur le contenu du dossier que la SUVA lui avait communiqué par courrier du 8 décembre 2023. Il a souligné que certains documents trouvés sur le CD-ROM démontraient que la SUVA ne lui avait pas communiqué l'intégralité de son dossier auparavant et qu'elle était en possession de l'intégralité de son dossier sanitaire, dès lors qu'elle en avait demandé la copie au service médico-militaire. Le dossier récemment transmis à l'assuré était encore lacunaire et ne comportait pas certaines pièces, de sorte que celui-ci maintenait les griefs et les requêtes formulés dans ses précédents courriers. L'assuré demandait ainsi que la SUVA lui transmette notamment toute la correspondance qu'elle avait eue avec le service médico-militaire ainsi qu'avec les autres assureurs sociaux et a renouvelé sa demande de transmission d'un dossier complet.

En outre, l'assuré reprochait à la SUVA d'induire en erreur les futurs experts et ses propres médecins-conseils, en se référant à tort à de prétendus antécédents psychiatriques, et l'invitait à produire toute preuve lui permettant d'étayer le contenu de l'examen médico-psychologique figurant dans le dossier sanitaire. La SUVA était priée d'effacer et de rectifier les fausses données médicales de l'assuré, avant de poursuivre l'instruction de son dossier au moyen de l'expertise.

Pour le surplus, l'assuré a notamment requis la récusation de la professeure R_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, à qui la SUVA envisageait de confier le volet ophtalmologique de l'expertise, dès lors qu'il existait une relation de suivi entre l'assuré et cette dernière depuis plusieurs années. Il concluait également à ce qu'un « médecin-coordonateur », de préférence l'expert en médecine interne, soit nommé pour assurer la coordination et la synthèse des conclusions de chacun des experts.

Un état de fait et une liste de 30 questions à l'attention des experts, mise à jour, étaient joints au courrier de l'assuré.

f. Par courrier du 7 février 2024, la SUVA a indiqué à l'assuré que son dossier lui avait toujours été transmis dans son intégralité et que le service médico-militaire était le seul habilité à lui communiquer son dossier sanitaire.

En outre, le dossier de l'assuré, y compris l'état de fait établi par ce dernier, serait transmis dans son intégralité aux experts. La liste des questions transmises par l'assuré à l'attention des experts avait quant à elle été expurgée de certaines questions redondantes ou renvoyant simplement à la législation en vigueur. En outre, certaines questions avaient été reformulées, tandis que d'autres n'avaient pas été retenues dans la mesure où elles concernaient l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité, qui ne faisait pas l'objet de la procédure d'expertise. La SUVA entendait quant à elle soumettre sept questions aux experts.

L'expertise serait confiée au professeur S_____ s'agissant du volet psychiatrique, au professeur T_____ pour le volet de médecine interne, au professeur U_____ s'agissant de la chirurgie plastique et reconstructive et au professeur V_____ concernant le volet anesthésiologie/médecine de la douleur. Compte tenu de la demande de récusation relative à la Prof. R_____ et au service d'ophtalmologie des HUG, l'expert principal, le Dr S_____, proposait de coordonner ce volet avec un ophtalmologue le moment venu.

Enfin, la SUVA a indiqué à l'assuré que la possibilité de se rendre aux différents examens de l'expertise accompagné d'un proche était en principe réservée aux cas où la situation médicale le justifiait, la décision finale revenant sur ce point aux experts eux-mêmes.

g. Par courrier du 19 février 2024, la SUVA a confié au Dr S_____ la mission de réaliser une expertise interdisciplinaire, en lui communiquant un état de fait mentionnant les antécédents psychiatriques de l'assuré et en précisant que cette antériorité avait été contestée par ce dernier. Il était également indiqué que depuis

le mois de mai 2023, la SUVA n'avait plus connaissance d'une incapacité de travail de 50%. En sus de ses propres questions, la SUVA a communiqué aux experts seize questions de l'assuré qu'elle avait reformulées.

h. En date du 19 février 2024, l'assuré a indiqué à la SUVA que dans la mesure où un certain nombre de points relatifs à la mise en œuvre de l'expertise ne faisaient pas l'objet d'un consensus entre les parties, il sollicitait qu'elle rendît une décision incidente sujette à recours.

Selon l'assuré, le dossier qui lui avait été transmis était toujours incomplet. À cet égard, l'assuré a notamment produit un courriel de la Dre L_____ du 15 novembre 2023 au médecin-conseil de la SUVA, lequel ne faisait pas partie du dossier qui lui avait été remis. L'assuré persistait ainsi à solliciter que son dossier lui soit transmis dans son intégralité.

L'assuré maintenait également sa contestation de l'antériorité psychiatrique ressortant de son dossier sanitaire et reprise par la SUVA et demandait à la SUVA de supprimer, détruire et rectifier toutes ses données personnelles erronées.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'assuré estimait que celle-ci devait faire partie intégrante de l'instruction et demandait à la SUVA de lui confirmer que cette question serait investiguée dans une seconde phase de l'expertise pluridisciplinaire. Dans cette hypothèse, l'assuré était prêt à renoncer aux questions écartées par la SUVA, à l'exception de sept d'entre elles, dont certaines avaient été reformulées. En outre, l'assuré s'opposait à la troisième question de la SUVA, par laquelle celle-ci demandait aux experts dans quelle mesure l'antériorité ressortant de son dossier sanitaire avait un impact sur son état actuel, dès lors qu'elle reposait sur une information erronée.

Enfin, l'assuré demandait à la SUVA de lui confirmer que l'expertise à venir comporterait un volet ophtalmologique, de lui communiquer l'identité de l'expert ophtalmologue avant la mise en œuvre de l'expertise et de nommer un médecin interne en qualité de « médecin-coordonateur », tout en sollicitant de pouvoir se rendre aux différents examens de l'expertise accompagné d'un proche.

i. Par courrier du 6 mars 2024, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle n'avait pas eu connaissance du courriel de la Dre L_____ du 15 novembre 2023 avant le dernier courrier de l'assuré, ce document n'ayant pas pu être porté à sa connaissance pour des raisons techniques. Pour le surplus, le dossier transmis à l'assuré était complet.

La SUVA confirmait en outre le maintien de l'expertise et annonçait qu'elle ne rendrait pas de décision incidente à cet égard.

j. Par courrier du 21 mars 2024, l'assuré a informé la SUVA qu'au vu de son refus de rendre une décision incidente, il allait déposer un recours pour déni de justice, si bien que la SUVA était priée de suspendre la mise en œuvre de l'expertise.

k. Le 28 mars 2024, la SUVA a communiqué à l'assuré qu'une décision incidente relative aux points demeurés litigieux serait prochainement rendue, de sorte que l'expertise était suspendue. L'assuré était prié de fournir une attestation médicale relative à son besoin d'être accompagné d'un proche aux différents examens médicaux de l'expertise.

l. Le 8 avril 2024, l'assuré a communiqué à la SUVA une attestation de la Dre N_____ du 18 mars 2024, mentionnant qu'il était indispensable qu'il soit accompagné par l'un de ses parents dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, au vu de la gravité de son syndrome de stress post-traumatique, de ses troubles anxieux et de ses troubles dépressifs, et afin d'éviter une aggravation irréversible de son état de santé.

m. Déférant aux demandes de la SUVA, le CHUV et les HUG lui ont indiqué, par courriels des 16 et 18 avril 2024, que l'assuré n'avait jamais consulté leurs services psychiatriques.

n. Par décision incidente du 1^{er} mai 2024, la SUVA a consenti à modifier la troisième de ses questions aux experts de la façon suivante : « quel est l'impact de l'activité professionnelle actuelle de [l'assuré] et, si elle venait à être confirmée, de la possible antériorité, telle que reportée au moment de l'examen médico-psychologique du recrutement du 09.06.2011, sur l'état actuel de [l'assuré] ? ».

La SUVA a toutefois rejeté la question 1 de l'assuré (« avez-vous examiné l'état de fait à l'intention des experts envoyé par le mandataire de [l'assuré] le 29 janvier 2023 à l'intention de la SUVA ainsi que toutes les prises de position de son mandataire du 22.09.2023, 29.11.2023, 29.01.2024 et 12.02.2024 ? », au motif que la prise de connaissance du dossier faisait partie intégrante du mandat d'expertise.

Elle a également rejeté la question 10 de l'assuré, par laquelle ce dernier demandait aux experts quels étaient les diagnostics selon la CIM-10 et le DSM, dès lors que la nature même d'une expertise était de poser tous les diagnostics, y compris les diagnostics psychiatriques selon la CIM-10 et le DSM.

S'agissant de la question 11 (« l'assuré présente-t-il des douleurs psychiques importantes persistantes ? Si oui lesquelles ? ») et de la question 26 (« peut-on admettre que les troubles ophtalmologiques, psychiques et physiques sont stabilisés aujourd'hui et si oui, lesquels »), la SUVA a estimé qu'elles ne présentaient un intérêt qu'en vue de déterminer l'existence d'une atteinte à l'intégrité, ce qui n'était pas l'objet de l'expertise, de sorte qu'elle les a rejetées.

La SUVA a également refusé d'intégrer la question 18 de l'assuré, par laquelle il demandait aux experts d'indiquer si le fait de ne pas avoir été reconnu dans les plaintes qu'il présentait par « l'assurance-accidents » depuis onze ans jouait un rôle dans sa souffrance psychique, étant donné que l'intégralité des prestations

avait été prise en charge par la SUVA consécutivement à l'agression de janvier 2012.

Elle a néanmoins admis la question 20 de l'assuré (« quelles sont les atteintes ophtalmologiques subies par l'assuré comme conséquence de l'agression ? Est-ce que [l'assuré] est exposé (comme le montrent plusieurs études médicales) à un risque élevé de décollement de la rétine ainsi que de glaucome à cause du caractère violent du traumatisme subi pendant l'agression du 15 janvier 2012 ? »).

La SUVA a également tenu compte de la question 30 de l'assuré en reformulant la question 6 qu'elle entendait poser aux experts de la façon suivante : « au contraire, est-il possible d'attendre, par un traitement adéquat, la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100% ou subsistera-t-il des limitations fonctionnelles dans une telle activité entraînant une diminution de rendement, auquel cas, quelles limitations et à quel taux ? ».

S'agissant du volet ophtalmologique de l'expertise et du nom de l'expert, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'il revenait au centre d'expertises de déterminer si une discipline devait faire partie de l'expertise pluridisciplinaire ou non. Les garanties de la LPGa quant au choix de l'expert seraient en tout état de cause respectées.

Enfin, la SUVA ne s'opposait pas à ce que l'assuré soit accompagné par un proche aux examens médicaux de l'expertise, sous réserve d'une prise de position différente des experts.

o. Par courrier du 16 mai 2024, l'assuré a, sous la plume de son conseil, informé la SUVA qu'il allait interjeter recours contre la décision incidente du 1^{er} mai précédent et a sollicité une copie complète de son dossier. La SUVA en a transmis au recourant une copie en date du 30 mai 2024.

- E. a.** Par acte du 29 mai 2024, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre la décision incidente du 1^{er} mai 2024 de l'intimée en concluant, sous suite de frais et dépens, sur mesures provisionnelles, à la suspension de la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire et, à titre principal, à la réforme de la décision entreprise. Le recourant a sollicité la suppression de la question 3 et de toute donnée au dossier faisant référence à son antériorité psychiatrique, ainsi qu'à l'admission des six questions que l'intimée avait rejetées. Le recourant a également conclu à ce que l'intimée confirme que l'expertise pluridisciplinaire comprendrait les volets de psychiatrie, d'ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, de médecine-interne, de chirurgie plastique et reconstructive, d'anesthésiologie / médecine de la douleur et à ce que les noms de tous les experts lui soient communiqués avant la mise en œuvre de l'expertise. Il requerrait également de l'intimée qu'elle nomme un médecin interne en qualité de médecin-coordonateur de l'expertise et qu'elle autorise le recourant à se rendre

accompagné d'un proche à tous les rendez-vous et examens de l'expertise pluridisciplinaire.

Dans l'hypothèse où il ne serait pas fait droit à l'intégralité de ses conclusions, le recourant demandait la récusation des experts nommés, dès lors que de fausses données médicales avaient été portées à leur connaissance.

Le recourant a enfin conclu à la modification du mandat d'expertise. Les constatations inexactes des faits qu'il détaillait dans son recours devaient être supprimées du mandat d'expertise et l'intimée devait pleinement garantir le droit d'accès du recourant à son dossier. Les experts devaient quant à eux être instruits de ne pas tenir compte des fausses données médicales qui leur avaient été communiquées par l'intimée, laquelle devait également procéder à la suppression, la destruction et la rectification de toutes les fausses données médicales contenues dans ses dossiers.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment fait grief à l'intimée d'avoir constaté les faits de façon incomplète et inexacte, dès lors que dans sa décision incidente, elle indiquait n'avoir que partiellement admis sa responsabilité à l'égard des séquelles de l'agression du 15 janvier 2012, en retenant également à tort que le recourant n'était plus en incapacité de travail depuis le mois de mai 2023. Le recourant reprochait également à l'intimée de se référer à une antériorité psychiatrique, alors que les investigations menées auprès des HUG et du CHUV par l'intimée n'avaient pas confirmé qu'il avait bénéficié d'un suivi psychiatrique.

Sous l'angle de la violation du droit, le recourant reprochait à l'intimée d'avoir communiqué aux experts des faits médicaux erronés et de ne pas avoir procédé à leur suppression, ni à leur rectification. Il faisait enfin grief à l'intimée d'avoir commis un déni de justice en ne statuant pas sur sa demande de nomination d'un expert en médecine interne en qualité de médecin-coordonateur de l'expertise.

b. Déférant à une demande de la chambre de céans, l'intimée a confirmé, par courrier du 27 juin 2024, que l'exécution de l'expertise serait suspendue jusqu'à l'issue de la présente procédure.

c. Dans sa réponse du 18 juillet 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, en rappelant qu'elle n'avait pas pleinement admis sa responsabilité à l'égard de la sécheresse oculaire dont souffrait le recourant et que l'expertise qu'elle entendait diligenter avait pour but de clarifier le dossier compte tenu de son état actuel. En outre, elle avait transmis au recourant l'intégralité de son dossier et prenait acte du fait qu'il présentait toujours une incapacité de travail de 50%.

S'agissant de l'antériorité psychiatrique du recourant, celle-ci ressortait des déclarations de ce dernier à l'occasion de l'examen médico-psychologique intervenu au cours de son recrutement. L'intimée n'avait donc pas communiqué des données médicales erronées aux experts, dès lors qu'elle leur avait simplement transmis le dossier du recourant.

Concernant les questions aux experts qu'elle avait rejetées, l'intimée s'est référée aux arguments exposés dans la décision querellée.

Enfin, il appartenait au centre d'expertises désigné de déterminer les disciplines médicales de l'expertise, et non au recourant. De même, il revenait au centre d'expertises de décider si le recourant pouvait venir accompagné à ses examens médicaux et si un médecin spécialiste en médecine interne devait être nommé en tant que médecin-coordonateur. L'intimée n'avait donc pas commis de déni de justice à l'égard de cette dernière question, laquelle n'était pas de sa compétence.

d. Le 5 septembre 2024, le recourant a répliqué, en expliquant que l'intimée avait commencé à construire un dossier relatif à une prétendue antériorité onze ans après son agression, alors que les éléments figurant au dossier démontraient que celle-ci était inexistante. Pour le surplus, le recourant a maintenu les différents griefs figurant dans son recours, en précisant notamment que l'intimée refusait toujours de lui permettre un accès complet à son dossier.

e. Par courrier du 26 septembre 2024, l'intimée a dupliqué, en indiquant qu'il appartenait aux experts d'établir s'il y avait lieu d'exclure ou d'admettre, sur la base de leurs constatations et du dossier, la présence d'une antériorité psychiatrique chez le recourant. L'intimée reconnaissait toutefois que la Dre L_____ n'avait pas fait état d'une antériorité d'ordre psychiatrique dans ses rapports médicaux, en précisant que cette erreur n'avait pas de conséquences sur la suite de l'instruction, dès lors que la question aux experts contenant cette inexactitude avait été supprimée de la liste des questions définitivement retenues.

f. Par ordonnance du 13 novembre 2024, la chambre de céans a requis du service médico-militaire qu'il produise le dossier sanitaire du recourant. Ce service a répondu qu'il n'était pas en mesure d'accéder à cette demande pour des raisons de protection des données, si bien qu'il appartenait au recourant de solliciter lui-même une copie de son dossier.

g. La chambre de céans a alors demandé au recourant d'effectuer cette démarche, ce que ce dernier a fait par courrier du 29 novembre 2024.

h. En date du 13 décembre 2024, le recourant a, par l'intermédiaire de son conseil, transmis à la chambre de céans le dossier reçu du service médico-militaire, en précisant que celui-ci lui paraissait incomplet, dès lors qu'il ne contenait pas les correspondances échangées entre ce service et l'intimée. Par ailleurs, trois documents figurant dans le bordereau de pièces de l'intimée du 18 juillet 2024, issus de son dossier sanitaire, n'étaient pas contenus dans le dossier transmis par le service médico-militaire.

i. L'intimée a précisé à la chambre de céans, par courrier du 19 décembre 2024, qu'elle n'avait pas eu d'échanges avec le service médico-militaire, étant donné que les dossiers sanitaires étaient demandés au moyen d'un processus informatique, et non par courrier. L'absence de certains documents relevée par le

recourant s'expliquait par le fait que l'intimée ne transmettait jamais le dossier sanitaire *in extenso*.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 6 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 militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833).

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

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

1.3 Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42 consid. 2.1).

Lorsqu'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée par l'assureur, celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). 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. ATF 131 V 42 consid. 2.1) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances, respectivement devant le Tribunal administratif fédéral (art. 56 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7).

1.4 Le recours contre les décisions incidentes n'est admis qu'à des conditions restrictives pour éviter qu'une multiplication de recours ne ralentisse excessivement le déroulement d'une procédure. Ces conditions reposent sur des motifs d'économie de procédure ou, en cas de risque de préjudice irréparable, sur la nécessité de garantir des voies de droit effectives conformément à l'art. 29a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Dans tous les cas, le recours contre la décision incidente rendue séparément n'est recevable qu'à la condition que le recours soit ouvert contre la décision finale à rendre ultérieurement (Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 28 *ad* art. 56 LPGA et les références citées).

1.5 Dans un arrêt de principe portant notamment sur les droits de participation des assurés lors de la désignation d'un expert, le Tribunal fédéral a admis que selon

une interprétation conforme à la Constitution fédérale et à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) de la notion de préjudice irréparable en tant que condition de recevabilité d'un recours, cette condition doit être considérée comme réalisée s'agissant d'une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). Cet arrêt porte certes sur les expertises pluridisciplinaires confiées à des centres d'observation médicale de l'AI. Les exigences qui s'en dégagent sont toutefois également applicables aux expertises mono - ou bidisciplinaires (Ulrich KIESER, *ATSG-Kommentar*, 3^e éd. 2015, n. 29 *ad* art. 44 LPGA ; ATF 139 V 349 consid. 3 à 5 ; ATAS/444/2019 du 21 mai 2019 consid. 2).

1.6 En l'occurrence, le recours contre la décision incidente du 1^{er} mai 2024 relative aux modalités de l'expertise pluridisciplinaire du recourant a été interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi.

Partant, il est recevable.

2. Le recourant a préalablement conclu, sur mesures provisionnelles, à ce que la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire soit suspendue jusqu'à l'issue de la présente procédure.

L'intimée ayant acquiescé à cette demande par courrier du 27 juin 2024, la requête de mesures provisionnelles du recourant est devenue sans objet.

3. L'objet du litige porte sur le contenu de la mission d'expertise et ses modalités, notamment en ce qui concerne les questions à l'attention des experts, les disciplines de l'expertise pluridisciplinaire et le droit d'accès du recourant à son dossier.
4. Le recourant a conclu à ce que l'intimée lui garantisse le droit d'accès complet à son dossier et lui transmette les données, documents et informations encore manquants qu'il avait sollicités. Il a également relevé, dans sa réplique, que l'intimée ne lui avait toujours pas donné accès à l'intégralité de son dossier.

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 124 V 90 consid. 2 notamment).

4.1 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 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1).

Selon l'art. 47 al. 1 LPGA, ont notamment le droit de consulter le dossier, dans la mesure où les intérêts privés prépondérants sont sauvegardés : l'assuré, pour les

données qui le concernent (let. a) ; les parties, s'agissant des données qui leur sont nécessaires pour exercer un droit ou remplir une obligation qui découle d'une loi sur les assurances sociales ou pour faire valoir un moyen de droit contre une décision fondée sur cette même loi (let. b).

4.2 Le droit de consulter le dossier se rapporte en principe à tous les documents relatifs à la procédure ; en sont exclus, selon la pratique, les documents purement internes, destinés exclusivement à la formation interne de l'opinion et qui n'ont pas de caractère probatoire (ATF 125 II 473 consid. 4a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_50/2011 du 11 août 2011 consid. 2.2). Il n'est pas nécessaire que le dossier puisse effectivement influencer la décision sur le fond. La consultation des dossiers établis ou consultés pour une procédure déterminée ne peut donc pas être refusée au motif que les documents en question sont sans importance pour l'issue de la procédure ; il faut au contraire laisser à l'intéressé lui-même le soin d'évaluer la pertinence des dossiers (ATF 132 V 387 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2012 du 2 novembre 2012 consid. 6.2).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3 et la référence).

4.3 En l'occurrence, il convient de constater, à titre liminaire, que l'intimée a refusé de donner suite aux demandes du recourant visant à obtenir la transmission de l'intégralité du dossier sanitaire que le service médico-militaire lui avait communiqué. L'intimée s'est contentée d'adresser au recourant les pièces qu'elle estimait être pertinentes et l'a invité à s'adresser directement au service médico-militaire pour obtenir l'intégralité de son dossier, ce que le recourant a fait par courrier du 9 novembre 2023. Le service médico-militaire lui ayant transmis l'intégralité de son dossier sanitaire en date du 17 novembre suivant, soit avant le prononcé de la décision querellée, il n'y a pas lieu de trancher si c'est à bon droit que l'intimée n'a transmis au recourant qu'une partie de son dossier sanitaire au cours de l'instruction.

4.3.1 Les différents griefs soulevés par le recourant en lien avec son droit d'accès au dossier peuvent être résumés comme suit.

Par courrier du 16 mai 2024, le recourant a demandé à l'intimée de lui communiquer son dossier, y compris la correspondance qu'elle avait entretenue avec le CHUV et les HUG au sujet de son antériorité psychiatrique, ainsi que la copie du « dossier imagerie » auquel l'intimée faisait référence dans son courrier du 19 février 2024 à l'attention du Dr S_____. Il requerrait également la copie de toutes les correspondances intervenues entre l'assureur militaire et le service médico-militaire, entre le médecin d'arrondissement de l'intimée et le Dr

W_____, ainsi que les correspondances de l'intimée avec les assureurs sociaux et privés. Dans le cadre de son recours, le recourant se référant à son courrier du 16 mai 2024, soutient que l'intimée doit lui transmettre les données précitées. Dans sa réplique, le recourant ajoute que le dossier de l'intimée comprend diverses correspondances de cette dernière avec des tiers, sans les annexes correspondantes. Selon lui, l'intimée ne lui avait pas non plus adressé la copie de la correspondance qu'elle avait eue avec l'OCAS, comme en témoignait la lettre de l'OCAS à l'intimée du 22 mai 2024. En outre, la lecture du dossier remis par l'intimée à la chambre de céans révélait l'existence de deux correspondances supplémentaires entre l'intimée et l'OCAS qui n'avaient pas été transmises au recourant.

Dans son mémoire de réponse, l'intimée s'est référée à ses correspondances des 31 octobre 2023 et du 7 février 2024, en indiquant qu'elle avait toujours communiqué au recourant l'intégralité de son dossier.

4.3.2 Il ressort de l'analyse du dossier produit par l'intimée devant la chambre de céans que ses échanges avec les HUG et le CHUV au sujet d'une potentielle antériorité du recourant, intervenus durant les mois de mars et avril 2024, font partie du dossier lui ayant été communiqué, à sa demande, en date du 30 mai 2024. S'agissant du « dossier imagerie », celui-ci est également contenu dans le dossier du recourant (*cf.* notamment pièce 59). Le courrier du 19 février 2024 adressé par l'intimée au Dr S_____ mentionne d'ailleurs que le dossier du recourant, dans son état de l'époque, lui était communiqué dans son intégralité. Les autres documents annexés à ce courrier figurent quant à eux dans le dossier du recourant (*cf.* pièce 243).

4.3.3 S'agissant de l'absence de toute correspondance, dans le dossier sanitaire du recourant, entre le service médico-militaire et l'intimée, cette dernière a indiqué, par courrier du 19 décembre 2024 à l'attention de la chambre de céans, qu'elle n'avait pas eu d'échanges avec ce service, dès lors que le dossier du recourant avait été demandé de façon informatique, et non par courrier.

La pièce 12 du dossier de l'intimée confirme les dires de cette dernière, dès lors que ce document, intitulé « formule de commande d'actes sanitaires », constitue la demande informatique du dossier sanitaire du recourant effectuée par l'intimée en date du 29 novembre 2013. L'art. 95b LAM prévoit d'ailleurs expressément que l'assurance militaire peut accéder en ligne, soit par un biais informatique, au système d'information sur le personnel de l'armée (let. a) et au système d'information médicale de l'armée (let. b ; Message du Conseil fédéral concernant l'adaptation et l'harmonisation des bases légales pour le traitement de données personnelles dans les assurances sociales du 24 novembre 1999, FF 2000 219, pp. 233 et 234). Le dossier ne comporte pour le surplus aucun indice laissant penser que des échanges seraient intervenus entre l'intimée et le service médico-militaire.

4.3.4 Concernant les correspondances échangées entre l'intimée et les assureurs sociaux et privés, les griefs du recourant ne sauraient être retenus. En effet, l'annexe du courrier du 12 septembre 2023, adressé tant à VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : la Vaudoise) qu'à CSS ASSURANCE SA, figure au dossier. Il s'agit du pli de l'intimée du 12 septembre 2023 à l'attention du recourant, étant précisé que ce courrier mentionne expressément que les deux assureurs précités en sont en copie. En outre, les correspondances entre l'intimée et la Vaudoise relatives à l'échange de leurs dossiers respectifs sont incluses dans le dossier du recourant (*cf.* pièce 228), tout comme le courrier que l'intimée a adressé au Dr S_____ en date du 7 mars 2024. À cet égard, il est logique que ces correspondances ne comprennent pas d'annexes, dès lors qu'il s'agissait, pour l'intimée, de transmettre le dossier du recourant à des tiers.

En ce qui concerne la correspondance entre l'intimée et l'OCAS, il appert que la lettre de l'OCAS du 22 mai 2024 était incluse dans le dossier transmis au recourant en date du 30 mai 2024 et créé le 28 mai précédent (*cf.* pièce 17, réplique). Les deux correspondances que l'intimée a adressées à l'OCAS en date du 28 mai 2024 ne figuraient quant à elles pas dans le dossier que l'intimée a remis au recourant en date du 30 mai suivant, dès lors que ce dossier avait été édité le même jour, à savoir le 28 mai 2024. Ces deux correspondances étaient toutefois incluses dans le dossier qui a été remis à la chambre de céans par l'intimée au cours de la présente procédure.

Enfin, rien n'indique que le dossier sanitaire transmis par le service médico-militaire à la chambre de céans serait incomplet. Le dossier sanitaire comprend en effet le rapport médical du 9 juin 2011 établi par le service sanitaire de l'armée. Les deux autres pièces figurent quant à elles dans le dossier du recourant depuis 2013.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant ne démontre pas que son droit d'accès au dossier aurait été violé, de sorte que ce grief doit être écarté.

- 5.** Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir constaté certains faits de façon inexacte et incomplète.

5.1 En vertu de l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours.

Le recourant peut soulever les griefs de violation du droit fédéral, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation, de constatation inexacte ou incomplète des faits ou d'inopportunité (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; Jean MÉTRAL, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales n. 73 *ad* art. 61 LPGA et les références).

La chambre de céans dispose ainsi d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; ATAS/920/2017 consid. 4.d).

5.2 En l'occurrence, le recourant estime que la décision querellée mentionne à tort que « la responsabilité de l'assurance militaire a été partiellement admise », que le recourant présente des « séquelles tardives » et qu'il est « probable » qu'il souffre de séquelles psychiques. Selon lui, ces inexactitudes ont pour effet de relativiser la responsabilité de l'intimée, alors que cette dernière avait reconnu, à plusieurs reprises et dans différents courriels et lettres valant décisions au sens de la LPGA, son entière responsabilité en lien avec les séquelles consécutives à l'agression du recourant.

Dans sa réponse, l'intimée rappelle qu'il ressort de son courrier du 2 juillet 2021 qu'elle n'avait admis que partiellement sa responsabilité à l'égard de la sécheresse oculaire dont souffre le recourant. D'après elle, la mise en œuvre de l'expertise a pour but de clarifier le dossier au regard de l'état actuel du recourant, ce qui ne revient pas à modifier la position qu'elle avait adoptée par le passé.

Il ressort du dossier que l'intimée a effectivement attesté, à plusieurs reprises, que sa responsabilité était pleinement engagée à l'égard des séquelles du recourant consécutives à son agression, notamment dans ses courriers des 6 et 22 décembre 2016, ainsi que dans son courriel du 8 décembre 2016. Dans son courrier du 2 juillet 2021, l'intimée a quant à elle informé le recourant qu'elle considérait que sa sécheresse oculaire était partiellement en lien avec son agression.

Contrairement à ce que semble croire le recourant, le fait que l'intimée ait pleinement admis sa responsabilité à l'égard des séquelles de l'accident ne l'empêche aucunement de diligenter une expertise en vue de déterminer si les atteintes dont souffre actuellement le recourant sont en lien de causalité avec son agression, et, par conséquent, l'étendue de sa responsabilité à cet égard.

Le grief du recourant doit ainsi être écarté.

5.3 Le recourant estime également que l'intimée a limité à tort ses séquelles à une atteinte oculaire et à un syndrome dépressif, alors que ses atteintes à la santé sont bien plus nombreuses.

Le recourant énumère à cet égard une douzaine d'atteintes, lesquelles proviennent principalement des rapports médicaux établis par la Dre L_____ en date du 3 février 2023, par la Dre N_____ en date du 22 mars 2023 et par le Dr D_____ en date du 26 janvier 2023.

À ce stade, il n'appartient pas à la chambre de céans de déterminer si l'intimée aurait dû retenir ces diagnostics, dès lors que les experts auront précisément cette mission. Les rapports des médecins traitants de l'assuré font partie intégrante de son dossier, de sorte que les experts en prendront connaissance et pourront décider des diagnostics qu'il se justifie de retenir.

Le grief du recourant est donc mal fondé.

5.4 Selon le recourant, l'intimée a retenu de façon erronée qu'il n'était plus en incapacité de travail à compter du mois de mai 2023, alors que son incapacité de travail à 50% perdurait depuis cette date, ce dont elle avait été informée dès le mois de septembre 2023.

Dans sa réponse, l'intimée a pris acte du fait que le recourant présentait toujours une incapacité de travail de 50%.

Cette question n'est dès lors plus litigieuse.

En outre, bien que l'intimée ait transmis au Dr S_____, par courrier du 19 février 2024, un état de fait mentionnant qu'à compter du mois de mai 2023, elle « [n'avait] plus d'incapacité de travail de 50% » le concernant, il n'en demeure pas moins que le présent arrêt sera transmis aux experts, lesquels auront donc connaissance que l'incapacité partielle du recourant perdure.

Le grief du recourant doit ainsi être écarté.

5.5 Le recourant reproche enfin à l'intimée de se référer à une antériorité psychiatrique. À cet égard, le recourant souligne que le Dr B_____ a attesté du contraire dans son rapport du 1^{er} août 2015 et que les investigations menées par l'intimée auprès des HUG et du CHUV n'ont pas démontré la véracité de cette prétendue antériorité. Le recourant soutient également que l'intimée a inséré un faux fait médical dans le questionnaire avec état de fait à l'attention des experts, en indiquant que la Dre L_____, psychiatre traitante du recourant, avait attesté d'une antériorité chez ce dernier dans son rapport du 3 février 2023.

Selon l'intimée, l'éventuelle antériorité du recourant mérite d'être explorée, dès lors qu'elle ressort du compte rendu de son examen médico-psychologique effectué dans le cadre de son recrutement, en 2011, lors duquel il a déclaré avoir présenté une idéation suicidaire non scénarisée à 16 ans, avoir eu deux gestes auto-agressifs sous la forme de veinosections superficielles, avoir eu un suivi psychologique entre 16 et 18 ans en raison de la persistance d'insomnies et avoir effectué des investigations hospitalières au CHUV deux ou trois ans avant son recrutement.

Il ressort du dossier sanitaire du recourant que les éléments rapportés par l'intimée figurent bel et bien dans le compte rendu de l'examen médico-psychologique effectué lors de son recrutement.

Contrairement à ce que soutient le recourant, la mention « *Dossier erstellt am 29. Nov 2013* » figurant sur le compte rendu de l'examen médico-psychologique ne signifie pas que ce document aurait été ajouté à son dossier après son agression du 12 janvier 2012. Cette date correspond en réalité au moment auquel l'intimée a demandé l'accès au dossier sanitaire du recourant par la voie informatique, raison pour laquelle il est mentionné que le dossier a été édité en date du 29 novembre 2013. À cet égard, il convient de souligner que le dossier sanitaire transmis au

recourant en date du 17 novembre 2023 comporte également la mention qu'il a été édité à cette même date.

En outre, s'il est vrai, comme le relève le recourant, que le compte rendu de l'examen médico-psychologique n'est pas signé, il est néanmoins daté du 9 juin 2011 et a manifestement été établi par le Dr O_____.

Par ailleurs, le fait que le compte rendu de l'examen médico-psychologique, produit en pièce 6 de la réplique du recourant, ne comporte pas d'étiquette mentionnant le nom du recourant, son n° AVS et un code-barres attestant de l'authenticité du document ne signifie pas non plus que ce document aurait été ajouté au dossier sanitaire après l'agression du recourant. En effet, cette étiquette ne figure que sur la première page de chaque document du dossier sanitaire (cf. pièces 7 et 9 de la réplique). Or, le compte rendu de l'examen médico-psychologique constitue la seconde page du document relatif à l'examen médical général effectué par le recourant, raison pour laquelle il ne comporte aucune étiquette.

Enfin, contrairement à ce qu'affirme le recourant, il n'existe pas deux versions différentes de son dossier sanitaire. Des documents ont simplement été ajoutés, au fil des années, au dossier sanitaire, si bien que le nombre de pièces varie selon le moment auquel le dossier sanitaire a été édité en vue de sa transmission. Les documents sont classés de façon antéchronologique, raison pour laquelle un même document peut avoir une numérotation de page différente selon le moment auquel le dossier a été édité. Dans le dossier sanitaire nouvellement produit par le recourant devant la chambre de céans, le compte rendu de l'examen médico-psychologique du recourant figure désormais en pièce 33, et non plus en pièce 23.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il affirme, dans sa réplique, que le compte rendu de l'examen médico-psychologique a été inséré *a posteriori* dans son dossier sanitaire et qu'il n'y figurait pas originellement.

Cela étant, comme l'a exposé à juste titre le recourant, le contenu de ce document, en tant qu'il évoque une antériorité psychiatrique, n'est corroboré par aucun élément du dossier produit par l'intimée par-devant la chambre de céans.

Au contraire, il ressort des échanges intervenus entre l'intimée et le CHUV que le recourant n'a jamais été suivi en consultation par ce dernier pour des raisons psychiatriques, contrairement à ce qui ressort de son dossier sanitaire. En outre, le Dr B_____ a attesté, par courrier du 1^{er} août 2015 et dans son rapport du 11 janvier 2011, qu'à sa connaissance, le recourant n'avait jamais eu de consultation psychiatrique avant l'agression du 15 janvier 2012 et qu'il était apte au recrutement.

En outre, comme le relève le recourant, la Dre L_____ n'a pas confirmé cette antériorité dans les différents rapports qu'elle a établis, ce que l'intimée a du reste

admis dans le cadre de la présente procédure. Le dossier sanitaire du recourant ne fait pas d'autre mention de cette antériorité.

En conclusion, l'existence d'une antériorité psychiatrique chez le recourant est incertaine.

À ce stade, il n'appartient pas à la chambre de céans de déterminer si le recourant présente ou non des antécédents psychiatriques, mais aux experts qui l'examineront et qui analyseront son dossier.

Il convient de relever que l'intimée, dans l'état de fait qu'elle a transmis aux experts, a précisé que le recourant contestait l'existence d'une antériorité psychiatrique. De même, l'intimée a consenti à modifier sa question 3 de la façon suivante : « quel est l'impact de l'activité professionnelle actuelle [du recourant] et, si elle venait à être confirmée, de la possible antériorité, telle que reportée au moment de l'examen médico-psychologique du recrutement du 09.06.2011, sur l'état actuel [du recourant] ? ».

Dès lors que l'existence d'une antériorité psychiatrique chez le recourant est incertaine et que l'intimée en convient, il ne saurait lui être reproché d'avoir constaté les faits de façon inexacte, de sorte que le grief du recourant sera rejeté.

6.

6.1 Selon l'art. 46 LPGA, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants.

6.2 Cette disposition traite de l'obligation faite aux assureurs sociaux de tenir un dossier complet pour chaque assuré. Cette obligation vise à garantir le droit d'être entendu de l'assuré (ATAS/914/2023 du 24 novembre 2023 consid. 3.4). Le devoir d'enregistrer tous les documents exige de l'assureur une documentation complète et systématique. Les documents doivent être classés par ordre chronologique et, au plus tard lors de la décision, numérotés avec si possible une liste des pièces et leur intitulé. Par « documents », il faut entendre toute information déterminante, indépendamment de son support : il ne s'agit donc pas seulement de courriers ou de colis, mais également des dossiers électroniques. Est donc compris dans la notion de documents tout ce qui concerne l'affaire. Les courriers électroniques et les comptes rendus des entretiens téléphoniques font également partie des documents, selon l'art. 46 LPGA (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_329/2016 du 19 août 2016 consid. 4.2 ; Guy LONGCHAMP, *in* Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 11 à 14 *ad* art. 46 LPGA).

6.3 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de

la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

6.4 En l'occurrence, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir communiqué des données médicales erronées aux experts et requiert la suppression, la destruction et la rectification de celles-ci en tant qu'elles figurent dans les dossiers et les bases de données de l'intimée.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne saurait être reproché à l'intimée d'avoir intégré à son dossier le compte rendu de l'examen médico-psychologique du 9 juin 2011 dans la mesure où ce document revêt une pertinence s'agissant de l'existence d'une potentielle antériorité psychiatrique.

De surcroît, l'intimée n'est pas responsable du contenu de ce document issu du dossier sanitaire du recourant, lequel est traité par le service médico-militaire.

Par conséquent, l'intimée a transmis à raison cette information aux experts, lesquels doivent avoir une pleine connaissance du dossier afin de mener à bien leur mission.

En outre, l'intimée a admis, au cours de la présente procédure, que le recourant se trouvait encore en incapacité de travail à 50%, respectivement que la Dre L_____ n'avait pas confirmé une antériorité d'ordre psychiatrique dans ses rapports médicaux, de sorte que les experts disposeront de cette information étant donné que le présent arrêt devra leur être transmis par l'intimée, en tant que partie intégrante du dossier du recourant.

Par ailleurs, la chambre de céans n'entrera pas en matière sur les conclusions du recourant visant à obtenir la suppression, la modification ou la rectification des données qu'il estime inexacts, dès lors que cette question n'est pas couverte par la décision querellée, dans laquelle l'intimée ne s'est pas déterminée sur la requête

du recourant fondée sur la loi fédérale sur la protection des données du 25 septembre 2020 (LPD – RS 235.1).

Il appartient en réalité au recourant de solliciter une décision attaquable auprès de l'autorité qu'il estime compétente à ce propos (art. 41 al. 2 let. a *cum* art. 41 al. 6 LPD).

La conclusion du recourant visant à récuser les experts nommés par l'intimée au motif qu'ils auraient été exposés à de fausses données médicales doit également être rejetée, étant donné que ces derniers doivent statuer en pleine connaissance des éléments figurant au dossier du recourant.

Partant, le recourant sera débouté de ses conclusions.

7. L'art. 44 LPGA réglant la mise en œuvre d'une expertise administrative a été modifié au 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du Développement continu de l'AI (RO 2021 705). La décision contestée ayant été rendue après l'entrée en vigueur de cette modification, la disposition dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2022 sera ainsi appliquée.

7.1 Selon l'art. 44 LPGA, 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 LPGA 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). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4).

7.2 Avant l'entrée en vigueur du nouvel art. 44 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral avait déduit du droit d'être entendu des parties le droit d'obtenir une décision motivée relative aux questions à soumettre à l'expert. L'autorité devait 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 impliquait que l'assureur devait également tenir compte des remarques des parties et ne pouvait écarter leurs conclusions sans motif valable. Dans la mesure où la mission de l'expert devait faire l'objet d'une décision incidente en cas de désaccord, elle pouvait ensuite être contrôlée par l'instance de recours (ATAS/1119/2022 consid. 4.2).

7.3 Une partie de la doctrine estime que le nouvel art. 44 al. 3 LPGA a pour effet de péjorer sensiblement les droits de la personne assurée, dès lors qu'auparavant, l'assureur social avait l'obligation de rendre une décision incidente relative aux questions complémentaires qu'il refusait de poser aux experts, alors que la nouvelle disposition exclut toute voie de recours en matière de litige sur les questions additionnelles (Massimo ALIOTTA, *Zur geplanten Revision von Art. 44 ATSG, Bemerkungen zu den Bestrebungen des Bundesrates zur umfassenden Revision von Art. 44 ATSG*, in *SZS/RSAS*, 2018, p. 155 ; Jacques Olivier PIGUET, in *Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, n. 9 ad 44 LPGA). Une autre partie de la doctrine considère que la disparition du droit à obtenir une décision incidente s'agissant des questions à poser aux experts n'a pas un impact si considérable dans la mesure où l'assuré ne pouvait exercer un recours contre cette décision uniquement s'il démontrait qu'elle lui causait un préjudice irréparable (*cf.* ATF 141 V 330 consid. 8.3), de sorte qu'en pratique, l'assuré ne subit pas une nette détérioration de ses droits (Marco WEISS, *Anmerkungen zur geplanten Revision des Art. 44 ATSG*, in *SZS/RSAS*, 2018, p. 490 ; Philipp EGLI, *MEDAS : Unabhängigkeit stärken, nicht schwächen !*, in *iusNet Arbeitsrecht und Sozialversicherungsrecht* du 17 décembre 2017 ; Marco WEISS, *Anmerkungen zur geplanten Revision des Art. 44 ATSG*, in *SZS/RSAS*, 2018, p. 490)).

La chambre de céans a estimé, sous l'angle du nouveau droit, qu'il résultait de l'art. 44 al. 3 LPGA qu'un assuré pouvait suggérer des questions complémentaires à l'expert, mais qu'il ne pouvait pas exiger la suppression de questions figurant dans la mission d'expertise, un consensus en la matière n'étant pas prévu, contrairement à ce qui prévalait pour le choix des experts, conformément à l'art. 7j al. 1 OPGA (ATAS/711/2024 consid. 3.4).

Il convient également de relever que plusieurs juridictions cantonales, statuant en application du nouvel art. 44 al. 3 LPGA, ont exclu la possibilité, pour un assuré, d'interjeter recours s'agissant des questions aux experts (*cf.* notamment arrêt du Tribunal cantonal des assurances de Soleure du 5 novembre 2024 dans la cause VSBES.2023.191 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal cantonal des assurances de Berne du 13 février 2024 dans la cause 200 23 567 UV consid. 1.2 ; arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud AA 97/24 - 14/2025 du 20 janvier 2025 consid. 6f).

7.4 En l'espèce, la décision incidente rendue par l'intimée a notamment trait aux questions complémentaires que le recourant souhaitait poser aux experts et que l'intimée a refusées ainsi qu'à l'une de ses propres questions qui était contestée par le recourant.

La question de la recevabilité du recours en tant qu'il concerne les questions aux experts, compte tenu du nouvel art. 44 al. 3 LPGA et des jurisprudences précitées, peut souffrir de rester ouverte, dès lors que les griefs du recourant à ce propos sont mal fondés pour les motifs suivants.

7.4.1 L'intimée a rejeté la question 1 du recourant, laquelle a la teneur suivante : « avez-vous examiné l'état de fait à l'intention des experts envoyé par le mandataire de [l'assuré] le 29 janvier 2023 à l'intention de la SUVA ainsi que toutes les prises de position de son mandataire du 22.09.2023, 29.11.2023, 29.01.2024 et 12.02.2024 ? ». Selon le recourant, cette question se justifie en raison des fausses données insérées par l'intimée dans son dossier, de sorte qu'il convient d'éviter que les experts soient d'emblée induits en erreur. L'intimée estime quant à elle que cette question est superflue, au motif que la prise de connaissance du dossier fait partie intégrante du mandat d'expertise.

La chambre de céans considère que cette question est effectivement superflue, dès lors que les experts doivent prendre connaissance de l'intégralité du dossier dans le cadre de leur mandat.

7.4.2 L'intimée a refusé de retenir la question 10, qui visait à demander aux experts quels étaient les diagnostics selon la CIM-10 ou le DSM, au motif que dans la question 5, il était déjà demandé aux experts de poser les diagnostics des atteintes dont souffrait le recourant.

Le recourant soutient qu'il convient de poser cette question à l'expert psychiatre, de façon à s'assurer qu'il réponde sur la base des deux classifications précitées.

Le recourant perd de vue que la reconnaissance d'une atteinte à la santé psychique suppose de toute façon l'existence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant, selon les règles de l'art, sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6), ce qui est également préconisé par les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance éditées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (3^e édition, 16 juin 2016).

L'expert psychiatre devra donc de toute façon fonder ses diagnostics sur la CIM ou le DSM, de sorte que l'intimée a écarté cette question à raison.

7.4.3 S'agissant des questions 11 (« l'assuré présente-t-il des douleurs psychiques importantes persistantes ? Si oui lesquelles ? ») et 26 (« peut-on admettre que les troubles ophtalmologiques, psychiques et physiques sont stabilisés aujourd'hui et si oui, lesquels »), l'intimée a estimé qu'elles ne présentaient un intérêt qu'en vue de l'examen d'une atteinte à l'intégrité, ce qui n'était pas l'objet de l'expertise, et les a rejetées.

Selon le recourant, ces questions revêtent également une pertinence afin de déterminer ses limitations fonctionnelles, son rendement, son incapacité de travail, ainsi que les prestations devant être versées (indemnités journalières ou rente d'invalidité).

Le recourant souligne à raison que les deux questions précitées ne concernent pas uniquement la question de l'atteinte à l'intégrité. Cela étant, il ne démontre pas

que le refus de poser ces deux questions complémentaires lui cause un préjudice irréparable, étant précisé qu'il aura la possibilité de renouveler ces questions après l'expertise (*cf.* ATF 141 V 330 consid. 8.3).

7.4.4 L'intimée a rejeté la question 18 du recourant, par laquelle ce dernier souhaite demander aux experts d'indiquer si le fait de ne pas avoir été reconnu dans les plaintes qu'il présente par « l'assurance-accidents » depuis onze ans joue un rôle dans sa souffrance psychique.

Comme l'indique à juste titre l'intimée, cette question ne reflète pas la réalité du dossier du recourant, étant donné que l'intimée a procédé au remboursement de ses frais médicaux, en admettant sa responsabilité quant aux séquelles consécutives à son agression.

7.4.5 L'intimée a tenu compte de la question 30 du recourant en reformulant la question 6 qu'elle entendait poser aux experts, laquelle a désormais la formulation suivante : « au contraire, est-il possible d'attendre, par un traitement adéquat, la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100% ou subsistera-t-il des limitations fonctionnelles dans une telle activité entraînant une diminution de rendement, auquel cas, quelles limitations et à quel taux ? ».

Le recourant, dont la question initiale visait à demander aux experts si son incapacité de travail de 50% valait quelle que soit la profession considérée au vu de toutes les blessures subies, indique que la nouvelle question de l'intimée ne concerne pas la capacité de travail, mais uniquement son rendement.

Bien que cette question soit effectivement pertinente, il sera loisible au recourant de poser des questions complémentaires aux experts, de sorte qu'il ne démontre pas que l'intégration seulement partielle de sa question lui cause un préjudice irréparable (*cf.* ATF 141 V 330 consid. 8.3).

7.4.6 Enfin, dans la décision querellée, l'intimée a consenti, au vu de l'incertitude relative à l'antériorité du recourant, à modifier sa question 3 de la façon suivante : « quel est l'impact de l'activité professionnelle actuelle [du recourant] et, si elle venait à être confirmée, de la possible antériorité, telle que reportée au moment de l'examen médico-psychologique du recrutement du 09.06.2011, sur l'état actuel [du recourant] ? ».

Selon le recourant, cette question devrait être supprimée, dès lors qu'elle se fonde sur la prémisse erronée qu'il présenterait une antériorité psychiatrique.

Contrairement à ce que soutient le recourant, cette formulation est satisfaisante, dès lors qu'elle mentionne que l'antériorité du recourant est incertaine. En tout état de cause, l'expertise comportera une anamnèse du recourant, de sorte que la question d'une éventuelle antériorité aurait de toute façon dû être explorée par les experts.

S'agissant du fait que le recourant n'exerce plus d'activité professionnelle, cet élément figure dans l'état de fait rédigé par son conseil à l'attention des experts, qui en prendront connaissance.

Compte tenu de ce qui précède, les questions contenues dans le mandat d'expertise ne péjorent en rien les droits du recourant, qui aura l'occasion de faire valoir son droit d'être entendu à réception du rapport d'expertise.

Les griefs du recourant doivent ainsi être rejetés.

- 8.** Le recourant conclut à ce que l'intimée confirme que l'expertise pluridisciplinaire comportera cinq volets, à savoir la psychiatrie, l'ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, la médecine interne, la chirurgie reconstructive et l'anesthésiologie/médecine de la douleur. Le recourant requiert également que les noms des experts, y compris celui de l'ophtalmologue, lui soient communiqués avant la mise en œuvre de l'expertise et qu'un médecin-interne soit nommé en qualité de médecin-coordonateur de l'expertise.

8.1 Selon l'art. 44 al. 5 LPGA, les disciplines médicales d'une expertise sont déterminées à titre définitif par l'assureur pour les expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires et par le centre d'expertises pour les expertises pluridisciplinaires.

8.2 Dans son message du 15 février 2017 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI ; FF 2017 2363), le Conseil fédéral a indiqué, s'agissant du fait que le centre d'expertises définissait les disciplines médicales dans le cadre des expertises pluridisciplinaires, que cette particularité se justifiait « par le fait qu'en dehors de l'assurance, seuls les centres spécialisés qui effectuent des expertises pluridisciplinaires et qui doivent se prononcer sur les interactions entre les différentes atteintes à la santé ont les compétences techniques pour se prononcer sur les disciplines qui entrent en ligne de compte dans un cas d'espèce. Dans les autres cas (expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires), l'assureur a une vision plus globale que les autres experts appelés à examiner l'assuré » (FF 2017 2363 p. 2453).

L'alinéa 5 de l'art. 44 LPGA concrétise ainsi la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral sous l'ancien droit (ATF 139 V 349 consid. 3.3).

8.3 Par expert au sens de l'art. 44 LPGA, il faut comprendre celui qui (en tant que sujet mandaté) effectue une expertise et en porte la responsabilité. Il s'agit d'une part du sujet qui est mandaté pour l'expertise et, d'autre part, de la personne physique qui élabore l'expertise (ATF 132 V 376 consid. 6.1). La communication du nom de l'expert doit permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation (art. 44 2^e phrase LPGA ; HANS-JAKOB MOSIMANN, *Gutachten : Präzisierungen zu Art. 44 ATSG*, RSAS 2005 p. 479). Cette communication doit de plus avoir lieu suffisamment tôt pour que l'assuré soit en mesure de faire valoir

ses droits de participation avant le début de l'expertise en tant que telle (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'une expertise est confiée à un centre d'expertises et que les différents experts ne sont pas encore connus, il n'est pas nécessaire de mentionner leur nom dès le prononcé de la décision ordonnant l'expertise. En pareille situation d'échelonnement, une décision doit être rendue à chaque fois qu'est prise une disposition propre à toucher les droits procéduraux de l'assuré, telle la nomination d'un expert (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.8).

8.4 Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

Dans le cadre d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire, l'existence d'un résumé consensuel des sous-expertises est recommandé mais pas indispensable ; chaque sous-expertise faisant partie d'une expertise pluridisciplinaire, y compris l'appréciation d'ensemble, peut être analysée pour elle-même en tant qu'élément de preuve en cas d'incohérence entre une ou plusieurs sous-expertise(s) et le résumé d'ensemble lorsque celui-ci a été réalisé par un seul des experts (ATF 143 V 124 consid. 2.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_54/2021 du 10 juin 2021 consid. 2.2).

8.5 En l'espèce, le recourant expose que l'intimée a, dans sa décision incidente du 1^{er} mai 2024, indiqué que l'expertise comportera quatre disciplines (psychiatrie, médecine interne, chirurgie reconstructive et anesthésiologie / médecine de la douleur) et qu'il reviendra au centre d'expertises d'indiquer si la cinquième discipline, à savoir l'ophtalmologie, complètera les autres volets examinés.

Le recourant soutient que l'inclusion du volet ophtalmologique dans l'expertise pluridisciplinaire avait été décidée par l'intimée dans son courriel du 10 octobre 2023 et précise que ses atteintes ophtalmologiques comptent parmi les séquelles principales consécutives à son agression. Selon lui, la non-inclusion de ce volet dans l'expertise pluridisciplinaire était susceptible de lui causer un préjudice irréparable dans la mesure où l'expertise pourrait être lacunaire.

Le raisonnement du recourant ne saurait être suivi pour les motifs qui suivent.

Les HUG doivent se voir reconnaître la qualité de centre d'expertises, étant rappelé qu'ils ont conclu une convention en ce sens avec l'OFAS (art. 72^{bis} RAI ;

cf. liste des centres d'expertises ayant conclu une convention avec l'OFAS, état au 27 novembre 2024).

Par conséquent, il leur appartient, en application de l'art. 44 al. 5 LPGA, de déterminer à titre définitif les disciplines médicales composant l'expertise pluridisciplinaire, dès lors qu'ils disposent des compétences techniques pour se prononcer sur cette question.

En outre, il convient de souligner que l'intimée, après plusieurs tentatives infructueuses, est parvenue à trouver un expert disposé à se charger du volet ophtalmologique de l'expertise (cf. *infra* 8.6). Partant, il ne saurait lui être reproché de refuser d'inclure cette discipline dans l'expertise pluridisciplinaire à venir.

Le grief du recourant doit donc être rejeté.

8.6 Le recourant fait également grief à l'intimée de ne pas lui avoir communiqué le nom de l'expert ophtalmologue avant la mise en œuvre de l'expertise.

À cet égard, il ressort du dossier que l'intimée a tenté de trouver des experts ophtalmologues disposés à se charger de ce volet de l'expertise. Dans la mesure où le recourant a été suivi au service d'ophtalmologie des HUG, l'intimée s'est adressée à deux autres médecins qui ont refusé de se charger de ce volet de l'expertise. L'intimée a finalement trouvé un expert acceptant de se charger du volet ophtalmologique de l'expertise en la personne du docteur X_____, postérieurement au prononcé de la décision querellée.

Au vu de ce qui précède, il est compréhensible que l'intimée n'ait pas communiqué l'identité de l'expert ophtalmologue au recourant au moment où elle a rendu sa décision incidente du 1^{er} mai 2024.

Il est d'ailleurs admissible, lorsqu'une expertise est confiée à un centre d'expertises et que les différents experts ne sont pas encore connus, de ne pas mentionner leur nom dès le prononcé de la décision ordonnant l'expertise. Il appartiendra à l'intimée de communiquer le nom de l'expert ophtalmologue au recourant suffisamment tôt pour que ce dernier puisse faire valoir ses droits de participation.

Le grief du recourant doit ainsi être écarté.

8.7 Enfin, le recourant ne dispose pas d'un droit à ce qu'un expert spécialisé en médecine-interne soit nommé afin de coordonner l'expertise et d'effectuer une évaluation consensuelle des sous-expertises.

À cet égard, il convient de souligner que l'intimée a, dans son courrier du 19 février 2024 à l'attention du Dr S_____, en charge du volet psychiatrique, demandé à ce dernier « d'assurer la coordination des expertises partielles » et d'effectuer une évaluation globale après leur exécution, conformément aux recommandations de la jurisprudence précitée.

En outre, il sera loisible aux experts d'organiser la coordination des sous-expertises et l'évaluation consensuelle de ces dernières comme ils l'entendent, de sorte que l'intimée n'avait pas à rendre de décision formelle à cet égard.

Le grief du recourant en déni de justice et sa conclusion visant à ce que l'intimée confirme qu'un médecin-interne soit nommé en tant que coordinateur dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire doivent donc être rejetés.

- 9.** Le recourant conclut enfin à pouvoir se rendre accompagné d'un proche aux différents examens de l'expertise pluridisciplinaire.

9.1 Selon l'art. 37 al. 1 LPGa, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas.

Ce droit de se faire représenter ou assister est lié au droit d'être entendu. Celui qui est partie à une procédure administrative le concernant a le droit de participer à la procédure et de s'exprimer à ce propos (art. 29 al. 2 Cst. féd.; 42 LPGa). Celui-ci peut exercer ce droit lui-même ou le faire valoir par un représentant, ou encore se faire assister respectivement accompagner par un conseil. Ceci vaut également lorsque les autorités procèdent à une administration des preuves, à laquelle les parties peuvent participer de par leur qualité de partie. Un droit de participation est généralement donné en particulier lors d'interrogatoires de témoins ou de visions locales. Un droit de se faire représenter ou assister existe par conséquent pour l'administration de telles preuves (ATF 132 V 443 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral I 42/06 du 26 juin 2007 consid. 4.2 et les références citées).

Cependant, un assuré n'est généralement pas autorisé à se faire assister par une personne de son choix lors d'une expertise médicale, à moins que la personne chargée de l'expertise ne l'estime nécessaire, notamment pour des raisons médicales ou autres (ATF 140 260 consid. 3.2.3 ; 132 V 443 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_504/2014 du 29 septembre 2014 consid. 5.2.2 ; I 42/06 du 26 juin 2007 consid. 4.5).

9.2 En l'occurrence, le recourant a produit une attestation médicale de la Dre N_____ du 18 mars 2024, selon laquelle il était absolument indispensable, compte tenu de la gravité de son syndrome de stress post-traumatique et de ses troubles anxieux et dépressifs, qu'il soit toujours accompagné par l'un de ses parents dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, afin d'éviter toute détérioration supplémentaire et irréversible de son état médical.

L'intimée a quant à elle indiqué, dans sa décision incidente du 1^{er} mai 2024, que le rapport précité serait transmis aux experts et qu'elle n'opposait aucune objection à ce que le recourant soit accompagné par un proche, sous réserve d'une prise de position différente de l'un des experts.

Contrairement à ce que soutient le recourant, la position de l'intimée est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral, dès lors qu'elle ne s'oppose pas à ce que le recourant soit accompagné d'un proche aux examens médicaux de l'expertise pluridisciplinaire, tout en réservant une décision contraire des experts.

Les compétences médicales de ces derniers leur permettront précisément d'évaluer si la présence d'un proche du recourant lors des différents examens de l'expertise se justifie.

Par conséquent, le grief du recourant doit être rejeté.

10. En conclusion, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant sur incident

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préalablement :

2. Constate que la requête de suspension de la mise en œuvre l'expertise pluridisciplinaire est devenue sans objet.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Adriana MALANGA

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le