RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3155/2021 **ATAS/702/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 août 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE	recourant
contre	
CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS – SUVA, représentée par sa Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Philippe LE GRAND ROY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1950, travaillait en tant que personnel d'entretien pour le compte de B_____ SA et en tant que chauffeur de poids-lourd-livreur auprès de C_____ SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents – professionnels ou non – auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

b. Le 10 janvier 2014, l'assuré circulait à moto quand il a été percuté par une voiture.

c. Il ressort des pièces rassemblées par la SUVA que l'assuré a souffert d'une fracture du scaphoïde gauche (certificat établi par les hôpitaux universitaires de Genève [HUG] le 30 avril 2014) ainsi que de douleurs post-traumatiques au niveau de son arthrose trapézo-métacarpienne du pouce gauche. Le 11 février 2014, il a en outre été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique cérébelleux gauche sur probable dissection de l'artère vertébrale, lequel a finalement été considéré comme étant en lien de causalité avec l'accident assuré (cf. appréciation de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en neurologie et psychiatrie et médecin-conseil de la SUVA, du 14 juillet 2015 ; communication de la SUVA du 12 août 2015).

d. Après avoir rassemblé d'autres rapports et soumis le cas de l'assuré à ses médecins-conseils, les docteurs E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, et F_____, spécialiste FMH en neurologie (cf. appréciations des 6 mars et 8 mai 2017), la SUVA, par décision du 1er septembre 2017, confirmée sur opposition le 29 décembre 2017, a considéré qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (ni port de charges de plus de 10 kg avec la main gauche, ni mouvements répétitifs du poignet gauche, ni travail en hauteur) était exigible à 100%. Après comparaison des revenus, la SUVA a alloué à l'assuré, à compter du 1er août 2016, une rente d'invalidité de 18% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 25'200.- correspondant à un taux de 20%.

e. Sur recours, la Cour de céans a annulé la décision sur opposition précitée et renvoyé la cause à la SUVA à charge pour cette dernière de compléter l'instruction en sollicitant les rapports médicaux pertinents qui faisaient défaut, puis en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire comprenant des volets neurologique, orthopédique et neuropsychologique, voire, au besoin, rhumatologique et psychiatrique. Les experts devaient notamment se prononcer sur la date à compter de laquelle il n'y avait plus eu lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, sur la capacité de travail de ce dernier dans les deux activités habituelles et dans

une activité adaptée (taux, rendement, limitations fonctionnelles), compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé en lien de causalité avec l'accident, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. ATAS/413/2019 du 7 mai 2019).

B. **a.** Conformément aux instructions de la Cour, la SUVA a recueilli les pièces manquantes puis initié la procédure d'expertise, informant l'assuré, par courrier du 4 novembre 2019, qu'elle entendait en confier le mandat aux docteurs G_____, spécialiste FMH en neurologie, H_____, spécialiste FMH en orthopédie et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie ainsi qu'à Madame J_____, neuropsychologue.

b. Le 3 décembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est opposé à la nomination des Drs G_____ et H_____ en tant qu'experts, alléguant, d'une part, que ceux-ci ne disposaient pas d'une pratique privée suffisante pour exercer en qualité d'experts, d'autre part, qu'ils étaient systématiquement retenus par les assurances. L'assuré proposait en lieu et place la doctoresse K_____ en qualité de neurologue et la doctoresse L_____ en qualité d'orthopédiste.

c. Par courrier du 23 décembre 2019, la SUVA a refusé de mandater les médecins proposés par l'assuré et constaté que ce dernier ne formulait aucun motif de récusation à l'encontre des médecins pressentis par elle.

d. Le 7 janvier 2020, l'assuré a persisté dans sa demande, arguant que les rapports des Drs H_____ et G_____ ne sauraient se voir accorder plus de valeur probante que les appréciations d'un médecin-conseil interne salarié par la SUVA.

e. Par courrier du 15 janvier 2020, la SUVA a formellement mandaté les médecins envisagés. Ceux-ci ont examiné l'assuré et rédigé leurs rapports respectifs, dont il ressort ce qui suit :

- Pour le Dr H_____ (chirurgien orthopédiste), les diagnostics en lien de causalité probables avec l'accident assuré étaient ceux de modestes arthralgies à l'effort du poignet gauche, non invalidantes, status après algoneurodystrophie de Südeck post-traumatique du poignet gauche, invalidante en 2014, non invalidante depuis début 2015, puis disparu depuis 2016/2017 et status après facture *in situ* du scaphoïde gauche le 10 janvier 2014, traitée conservativement avec consolidation anatomique, sans séquelle post-traumatique objectivable. L'état du poignet gauche s'était stabilisé en 2016/2017. A cette période, la consolidation était acquise depuis longtemps avec restitution anatomique du scaphoïde et les derniers signes d'algoneurodystrophie de Südeck avaient disparu. Quant aux troubles résiduels mineurs du poignet gauche, ils persistaient de manière inchangée depuis. Les séquelles du poignet gauche étaient trop modestes pour entraîner une limitation fonctionnelle significative, une diminution du temps de travail ou de rendement dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur. Au demeurant, une pleine capacité de travail avait été attestée à partir du 5 janvier 2015.

Enfin, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était reconnue (cf. rapport du 31 mars 2020).

- Selon le rapport du Dr I_____ (psychiatre) du 31 mars 2020, aucune atteinte psychique n'a pu être constatée.
- L'examen neuropsychologique réalisé les 7 et 14 février 2020 par Madame J_____, a montré des difficultés modérées à sévères dans plusieurs domaines investigués, permettant de retenir une atteinte modérée à moyenne (r*ecte* vraisemblablement sévère) avec une nette diminution des fonctions exécutives et attentionnelles ainsi qu'une légère diminution de la mémoire, de la compréhension, du langage et de la motricité fine et bimanuelle. Des limitations fonctionnelles ont été retenues dans divers domaines détaillés dans le rapport du 7 avril 2020.

  L'origine des difficultés mentionnées était probablement multifactorielle, avec une atteinte cognitive en lien avec des séquelles de l'AVC. Une composante thymique s'était toutefois vraisemblablement surajoutée et aggravait la sévérité du tableau. En outre, l'assuré avait un très faible niveau d'éducation, avec des possibilités d'adaptation limitées. Etant donné la stabilité du tableau cognitif depuis le bilan neuropsychologique de 2016, un processus dégénératif était peu probable.
- Dans son rapport du 7 avril 2020, le Dr G_____ (neurologue) a retenu les diagnostics suivants : accident cérébro-vasculaire dans le territoire de la PICA gauche sur thrombose de l'artère vertébrale gauche, d'origine traumatique (dissection vasculaire traumatique probable), discrète atteinte cérébelleuse cinétique séquellaire non invalidante au niveau du membre supérieur gauche (en lien de causalité avec l'accident assuré) et troubles neuropsychologiques modérés (troubles mnésiques, exécutifs, attentionnels) non spécifiques et en relation de causalité uniquement possible avec l'événement accidentel et microangiopathie multiple et dépôts athéromateux modérés pluri-étagés dans le contexte d'une hypertension artérielle, d'une hypercholestérolémie et d'un diabète non insulinorequérant (sans causalité probable avec l'accident assuré). Sur le plan neurologique, il n'y avait pas de limitation de rendement ni de réduction de l'horaire.

f. Les rapports des experts ont été soumis à l'assuré, qui s'est déterminé le 25 mai 2020. Après avoir une nouvelle fois critiqué la décision de la SUVA de mandater les Drs G_____ et H_____, l'assuré a examiné les rapports de ces deux médecins et a invoqué plusieurs incohérences et lacunes, dont il a tiré la conclusion qu'ils ne pouvaient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

C. Par décision du 27 juillet 2020, confirmée sur opposition le 3 août 2021, la SUVA, se fondant sur les rapports d'expertise, a mis un terme à ses prestations - y compris la rente d'invalidité - avec effet au 31 juillet 2020, date au-delà de laquelle elle a considéré que l'assuré avait recouvré, au vu des seules suites de

l'accident assuré, une pleine capacité de travail dans ses activités habituelles de chauffeur-livreur et de nettoyeur. Les rentes versées pour la période du 1er août 2016 au 31 juillet 2020 et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient ainsi pas dues. La SUVA renonçait toutefois à en réclamer la restitution.

D. **a.** Le 13 septembre 2021, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la mise sur pied d'une expertise judiciaire neurologique et orthopédique et, cela fait, principalement, au versement d'indemnités journalières pour une incapacité de travail à 100% jusqu'au 30 mars 2017, au versement par la suite d'une rente d'invalidité supérieure à 18% et au montant de 1'038,55 CHF/mois et au versement d'une IPAI de plus de 20% et donc de plus de CHF 25'200.-.

A l'appui de ses conclusions, il invoque la violation de ses droits procéduraux en lien avec la désignation des experts et notamment de son droit à une désignation consensuelle. Le recourant soutient que le Dr G_____ doit être considéré comme prévenu en raison d'un litige l'opposant à son conseil. Pour le surplus, il conteste la valeur probante des rapports des Drs G_____ et H_____.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 octobre 2021, a conclu au rejet du recours.

En substance, elle soutient qu'au vu de la jurisprudence, le recourant n'a pas droit à une désignation consensuelle des experts et que les griefs invoqués à l'encontre des Drs G_____ et H_____ ne sont pas des motifs de récusation valables.

Enfin, elle considère que leurs rapports peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c. Les parties se sont encore prononcées le 26 novembre 2021 (réplique) et le 22 décembre 2021 (duplique), persistant dans leurs précédents arguments et conclusions.

d. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 10 février 2022, qui a surtout porté sur la procédure de désignation des experts et sur le déroulement de l'expertise.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu 10 janvier 2014, soit avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Dans le sillage de la modification du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI) de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20), la LPGA a également connu plusieurs modifications – incluant l'art. 44 sur l'expertise – qui sont entrées en vigueur le 1er janvier 2022.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). Sur le plan de la procédure, les nouvelles dispositions y relatives sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours, dès l'entrée en vigueur du nouveau droit (ATF 129 V 113 consid. 2.2). Ceci concerne en particulier les dispositions du chapitre 4 de la LPGA (« Dispositions générales de procédure »), soit les art. 27-62 LPGA (cf. ATF 130 V 1 consid. 3.2).

Étant donné qu'en l'espèce, la décision sur opposition litigieuse a été rendue le 3 août 2021, soit avant le 1er janvier 2022, il y a lieu d'examiner le litige à la lumière des dispositions de la LPGA dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. ATF 129 V 113 consid. 2.2 pour une problématique similaire). Sauf précision contraire expresse, les dispositions légales applicables seront donc citées, ci-après, dans leur teneur en vigueur jusqu'à cette date.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]), le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).

6. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le respect de ses droits de participation (désignation consensuelle des experts), l'existence de motifs de récusation à l'encontre des Drs G_____ et H_____ et la valeur probante à accorder aux rapports de ces médecins.

7.

7.1. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie

professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7.3. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75

consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. Comme indiqué précédemment, l'administration ou le juge examine la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical.

8.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable, en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

8.2. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

8.3. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

8.3.1. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3.2. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.3.3. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9.

9.1 Selon l'art. 44 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

La communication du nom de l'expert doit notamment 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 (ATF 146 V 9 consid. 4.2). Lorsque l'assureur social et l'assuré ne s'entendent pas sur le choix de l'expert, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6; 138 V 318 consid. 6.1). Il s'agit là d'une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 PA et plus particulièrement d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 29/03 du 25 novembre 2004) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances, respectivement auprès du Tribunal administratif fédéral (ATF 138 V 318 consid. 6.1 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.4.1).

L'art. 44 LPGA a été modifié avec effet au 1er janvier 2022. En substance, il intègre désormais la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, notamment l'obligation de rendre une décision incidente en cas de désaccord sur le choix de l'expert (al. 4). Les art. 7j ss de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) précisent, quant à eux l'art. 44 LPGA dans sa nouvelle teneur. Ces dispositions intègrent la recherche d'un consensus (art. 7j OPGA) et prévoient certaines exigences concernant les experts (art. 7m OPGA)

9.2. Selon le Tribunal fédéral, l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle ou son manque d'adéquation personnelle (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1).

9.3.1. S'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu selon la jurisprudence d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3; 132 V 93 consid. 7.1; 120 V 357 consid. 3a) et qui découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et impartial garanti par l'art. 30 al. 1 Cst. – qui en la matière a la même portée que l'art. 6 par. 1 CEDH (ATF 134 I 20 consid. 4.2) – respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'art. 29 al. 1 Cst., qui assure à cet égard une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. (arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.3.1 et les arrêts cités).

9.3.2. Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi

il n’est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l’apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l’expert. L’appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l’expertisé, la méfiance à l’égard de l’expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1; 128 V 82 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.3.2).

Selon l'art. 58 al. 1 PCF [RS 273], applicable par renvoi de l'art. 55 LPGA à travers l'art. 19 PA, les cas de récusation prévus à l'art. 34 LTF s'appliquent par analogie à la récusation des experts. Selon l'art. 34 let. e LTF - qui, à l'instar de l'art. 56 let. f du code de procédure pénale du 5 octobre 2007 [CPP; RS 312.0] ou de l'art. 47 al. 1 let. f du code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC; RS 272], ne fait que concrétiser les principes découlant de l'art. 6 par. 1 CEDH et de l'art. 30 al. 1 Cst. et a la portée d'une clause générale (ATF 143 IV 69 consid. 3.2; arrêt 4A_586/2008 du 12 juin 2009 consid. 2) -, un juge peut être récusé s'il peut être prévenu de toute autre manière, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire.

En ce qui concerne l'inimitié, il faut qu'il y ait un antagonisme passionné (« leidenschaftliche Gegnerschaft ») ou à tout le moins un différend marqué (« besonderes Zerwürfnis ») ou des tensions prononcées (« ausgeprägte Spannungen ») entre le juge et une partie, ce qui, d'un point de vue objectif, suggère une inimitié. Ainsi, un juge qui a déposé une plainte pénale et pris des conclusions civiles en réparation du tort moral pour atteinte à l'honneur est tenu de se récuser dans une procédure ultérieure impliquant l'auteur de l'atteinte. En revanche, de simples déclarations d'un magistrat portant une appréciation sur la personne ou le comportement d'une partie (« wertende Äusserungen ») doivent être interprétées de manière objective, en tenant compte de leur contexte, de leurs modalités et du but apparemment recherché par leur auteur. Ainsi, par exemple, le seul fait qu'un juge ait utilisé dans son jugement des termes inadéquats et contraires à l'exigence d'humanité et de respect du justiciable (traitant celui-ci de « justiciable querelleur, menteur, ergoteur et vindicatif », ayant « des comportements querelleurs, ergoteurs et pénibles que rien n'excuse ») ne justifie pas sa récusation lorsqu'aucune marque de prévention antérieure à la rédaction du jugement de condamnation ne ressortait du procès-verbal ou du déroulement de l'audience (arrêt du Tribunal fédéral 8C_ 452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.3.3).

Par ailleurs, sous l’angle des relations économiques, le fait qu’un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d’un centre d’expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d’une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l’expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3).

9.4.1. Dans un arrêt de principe publié à l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence antérieure (ATF 132 V 93) selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision; il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre devait revêtir la forme d'une décision pouvant être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales, respectivement devant le Tribunal administratif fédéral (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Par la suite, le Tribunal fédéral a précisé que, dans le domaine de l'assurance-accidents également, il fallait ordonner une expertise en cas de désaccord, par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances, respectivement auprès du Tribunal administratif fédéral (ATF 138 V 318 consid. 6.1).

À l'ATF 139 V 349, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était conforme au droit de limiter l'attribution des mandats d'expertise selon le principe aléatoire - tel que requis depuis l'ATF 137 V 210 pour les mandats d'expertises médicales confiées à un COMAI - aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales selon l'art. 72bis RAI (consid. 2.2 et 5.4). Il a relevé que pour les expertises médicales mono- et bidisciplinaires qui n'étaient pas attribuées selon le principe aléatoire (consid. 4.2), l'incombance (Obliegenheit) de l'Office AI et de la personne assurée de s'efforcer d'aboutir à une désignation consensuelle de l'expert ou des experts prenait une importance particulière et que, lorsqu'il entendait confier une telle expertise à un COMAI, l'Office AI avait l'obligation d'entreprendre cette procédure de désignation consensuelle (consid. 5.4).

9.4.2. La Cour de céans a déjà été amenée à examiner la question de la désignation consensuelle de l'expert dans une procédure où le conseil du recourant invoquait à l'encontre du Dr G_____ des motifs de récusation identiques à ceux présentement évoqués (A/2926/2019 - ATAS/444/2020 du 8 juin 2020).

Dans son ATAS/444/2020, la Cour de céans a commencé par rappeler la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la procédure de désignation consensuelle de l'expert. Elle a ensuite précisé qu'elle avait été amenée à rendre des arrêts de principe sur le sujet en 2013, dans lesquels elle avait jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'Office AI, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (ATAS/226/2013 du 28 février 2013 et ATAS/263/2013 du 13 mars 2013). Toutefois, ces deux arrêts, qu'elle a ensuite régulièrement mentionnés dans sa jurisprudence, ont été rendus en matière d'assurance-invalidité et ce, antérieurement à l'ATF 139 V 349, dans lequel le Tribunal fédéral a évoqué une incombance. En revanche, le Tribunal administratif fédéral et plusieurs juridictions cantonales se sont prononcés postérieurement à l'ATF 139 V 349 précité et ont, de manière générale, considéré que l'assuré n'avait pas de droit

justiciable à la mise en œuvre d'une expertise sur une base consensuelle (cf. arrêt du Tribunal administratif fédéral C-463/2013 du 1 er mai 2014; arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud Al 143/12 du 26 août 2013; arrêt du Tribunal des assurances sociales de Bâle-Ville IV.2018.37 du 23 juillet 2018; arrêts du Tribunal des assurances sociales du canton de Zurich UV.2019.00276 du 13 mars 2020, UV.2017.00202 du 23 février 2018 et IV.2016.00514 du 8 novembre 2016; arrêt du Tribunal administratif, division des assurances sociales, du canton de Berne 200 17 517 IV du 29 août 2017; arrêt de la Cour de justice d'Appenzell Rhodes-Extérieures O3V 14 15 du 18 février 2015). La Cour de céans a donc retenu qu'au vu de l'ATF 139 V 349, il fallait considérer que la désignation consensuelle d'un expert ne constituait pas un droit pouvant être déduit en justice; il s'agissait d'une simple incombance et non d'une obligation; le le caractère obligatoire de la procédure de désignation consensuelle se limitait aux cas dans lesquels l'Office AI souhaitait confier une expertise mono- ou bidisciplinaire à un COMAI. En effet, le Tribunal fédéral avait considéré que dans de tels cas, il existait un risque d'abus de la part de l'OAI, en ce sens que cet office pourrait être tenté de renoncer à une ou plusieurs disciplines médicales pour s'épargner la procédure d'attribution aléatoire prévalant en cas d'expertises pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4; arrêt 9C_718/2013 du 12 août 2014 consid. 4). En revanche, il n'était pas nécessaire de prévoir un tel correctif en matière d'assurance-accidents, domaine dans lequel la procédure d'attribution ne s'appliquait pas. La Cour de céans a enfin considéré que dans la cause qui lui était soumise, c'était à juste titre qu'en l'absence de consensus sur le choix de l'expert, l'assurance intimée avait statué sur la question par une décision incidente, dans laquelle elle avait motivé sa position, sans qu'un nouvel échange à ce propos fût nécessaire. Au surplus, il ressortait des écritures du recourant que celui-ci était catégoriquement opposé à la désignation de l'expert en question. Or, dans de telles circonstances, renvoyer la cause pour une désignation consensuelle de l'expert reviendrait à reconnaître un droit de véto au recourant et à exiger de l'intimée qu'elle renonce à l'expert choisi afin d'arriver à un consensus, ce qui ne correspondait pas à la jurisprudence fédérale.

Sur recours, le Tribunal fédéral a confirmé l'ATAS/444/2020 par arrêt 8C_452/2020 du 7 octobre 2021. Au considérant 4.2 de son arrêt, notre Haute Cour a considéré que la question de savoir s'il existait un droit justiciable à la désignation consensuelle de l'expert en matière d'assurance-accidents pouvait rester indécise. Il n'était en effet pas contesté que le principe de l'attribution aléatoire des mandats d'expertises pluridisciplinaires développé en matière d'assurance-invalidité (art. 72bis RAI) ne s'appliquait pas à l'assurance-accidents. Si l'assureur-accidents – comme l'office AI pour les expertises mono- ou bi-disciplinaires – doit s'efforcer de mettre en œuvre une expertise sur une base consensuelle et prendre en considération les objections soulevées par l'assuré quant à la personne de l'expert, le Tribunal fédéral a clairement rejeté la conception selon laquelle un expert ne pourrait être désigné qu'avec le

consentement de l'assuré dès que celui-ci émet des objections sur la personne de l'expert, car cela reviendrait à lui reconnaître un droit de veto. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs précisé que, même en cas d'objection justifiée de l'assuré, l'assureur n'est pas tenu de suivre sans autre ses contre-propositions.

9.5. Lorsque l'assureur ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà.

La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation 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'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b ; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

Le juge des assurances peut examiner l'éventuelle violation du droit d'être entendu aussi bien sur contestation d'une partie que d'office (ATF 120 V 362 consid. 2a ; cf. aussi ZIMMERLI, Zum rechtlichen Gehör im sozialversicherungs-rechtlichen Verfahren, in Festschrift 75 Jahre EVG, Berne 1992, p. 326 ; ATAS/884/2019 consid. 4 ; ATAS/174/2018 consid. 14).

10. **10.1.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10.2. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. En l'espèce, le recourant critique, d'une part, la procédure de désignation du Dr G_____ en tant qu'expert et, d'autre part, la valeur probante des rapports des Drs G_____ et H_____.

11.1. Le recourant a été victime d'un accident le 10 janvier 2014, ayant entraîné une fracture du scaphoïde gauche, des douleurs post-traumatiques au niveau de son arthrose trapézo-métacarpienne du pouce gauche et, dans un deuxième temps, le 11 février 2014, un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique cérébelleux gauche sur probable dissection de l'artère vertébrale. Après avoir rassemblé d'autres rapports et soumis le cas de l'assuré à ses médecins-conseils, la SUVA a, par décision du 1er septembre 2017, confirmée sur opposition le 29 décembre 2017, considéré qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées (pas de port de charges de plus de 10 kg avec la main gauche, ni mouvements répétitifs du poignet gauche, ni travail en hauteur) était désormais exigible à 100%. Après comparaison des revenus, la SUVA a alloué à l'assuré, à compter du 1er août 2016, une rente d'invalidité de 18% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 25'200.- correspondant à un taux de 20%. Sur recours, la Cour de céans a annulé la décision sur opposition précitée et renvoyé la cause à la SUVA à charge pour cette dernière de compléter l'instruction en sollicitant les rapports médicaux pertinents qui faisaient défaut, puis en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire comprenant des volets neurologique, orthopédique et neuropsychologique, voire, au besoin, rhumatologique et psychiatrique. Les experts devaient en particulier se prononcer sur la date à compter de laquelle il n'y avait plus eu lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, sur la capacité de travail de ce dernier dans les

deux activités habituelles et dans une activité adaptée (taux, rendement, limitations fonctionnelles), compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé en lien de causalité avec l'accident, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'intimée a informé le recourant de la mise en œuvre de l'expertise ordonnée par la Cour et lui a communiqué le nom des médecins pressentis, ainsi que la liste des questions qui leur seraient posées.

Comme décrit dans la partie en fait du présent arrêt, le recourant s'est opposé à la désignation des Drs G_____ et H_____, arguant en substance qu'ils entretenaient « des liens de dépendance économique étroits avec les assurances figurant, selon toute vraisemblance, sur une liste fermée auxquels (sic) recourait [l'assurance] systématiquement ».

Par la suite, une fois les rapports d'expertise rendus, le recourant a en outre fait valoir que le Dr G_____ s'en était pris « vertement » à son conseil, ce qui démontrait qu'il ne savait pas faire la part des choses entre attaques *ad hominem* et sa mission d'expertise.

En résumé, le recourant invoque plusieurs motifs de récusation à l'encontre des Drs G_____ et H_____ (inimitié, dépendance économique et manque d'expérience) et reproche à l'intimée de ne pas avoir respecté l'obligation de tenter une désignation consensuelle.

10.2.1. Dans son ATAS/444/2020 du 8 juin 2020, la Cour de céans a déjà été amenée à examiner l'existence d'une inimitié entre le Dr G_____ et Me MAUGUE. A cette occasion, la Cour de céans a considéré que les propos reprochés au médecin précité, pour autant qu'ils aient été effectivement tenus, l'avaient été dans le cadre de l'expertise d'un autre assuré que le recourant. Le comportement reproché au Dr G_____ ne semblait pas avoir fait l'objet d'une dénonciation à la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, autorité de surveillance des médecins. De même, le comportement reproché à Me MAUGUÉ n'avait pas été porté à la connaissance du Bâtonnier ou de la Commission du barreau. Du moins, aucune des parties ne le prétendait. Il ne ressort pas non plus de l'ATAS/818/2017 auquel il était fait référence dans les écritures produites dans la procédure ayant conduit à l'ATAS/444/2020, que le comportement du Dr G_____ aurait eu des répercussions sur l'appréciation faite par ce médecin, la valeur probante de son rapport n'ayant en particulier été remise en question, ni par l'assuré, ni par la Cour (cf. ATAS/753/2016 du 22 septembre 2016 [ordonnance d'expertise]). Enfin, l'expertisé ne prétendait pas non plus que lesdites dissensions, pour autant qu'elles aient existé, auraient perduré au-delà de la procédure ayant conduit à l'ATAS/818/2017. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans a considéré qu'en réalité, les commentaires du Dr G_____, pour autant qu'ils aient effectivement été tenus, l'avaient été dans une procédure particulière, à laquelle

les prétendues dissensions entre l'expert et le conseil susmentionné semblaient se limiter. Dans ces circonstances, on ne pouvait parler d'inimitié entre l'expert et l'avocat de l'expertisé. Partant, c'était à juste titre que l'assureur avait refusé de récuser le Dr G_____.

Sur recours, le Tribunal fédéral a encore ajouté que le fait que le Dr G_____ ait mal pris les critiques dont il avait fait l'objet de la part de Me MAUGUÉ alors que ce dernier défendait une autre assurée une demi-douzaine d'années plus tôt ne permettait nullement de retenir qu'il existerait encore entre le premier - qui n'avait pas saisi la justice pénale ou civile, ni même la commission du Barreau - et le second, un antagonisme passionné ou même seulement des tensions prononcées de nature à jeter un doute sur l'impartialité de l'expert (cf. arrêt 8C_452/2020 du 7 octobre 2021).

Dans la mesure où, dans le cas présent, le recourant fait également grief au Dr G_____ de son "inimité" avec son conseil, ce qui a été dit dans l'ATAS/444/2020 et dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 trouve application mutatis mutandis. Ce premier motif de récusation est donc écarté, puisque non valable.

11.2.2. Concernant le second motif de récusation invoqué tant à l'encontre du Dr G_____ que du Dr H_____, à savoir leur supposé lien de dépendance économique avec l'intimée, il n'est pas suffisant au vu de la jurisprudence constante en la matière (consid. 9.3.2 supra). Au demeurant, le recourant l'a implicitement admis, dès lors qu'il n'a plus fait valoir ce motif de récusation dans son recours.

11.2.3. S'agissant ensuite de la désignation consensuelle des experts, force est de constater que, comme cela ressort de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 confirmant l'ATAS/444/2020 rendu le 8 juin 2020 par la Cour de céans, notre Haute Cour a clairement rejeté la conception selon laquelle un expert ne pourrait être désigné qu'avec le consentement de l'assuré dès que celui-ci émet des objections sur la personne de l'expert, car cela reviendrait à reconnaître un droit de veto à l'assuré, étant souligné que, même en cas d'objection justifiée de l'assuré, l'assureur n'est pas tenu de suivre sans autre ses contre-propositions. Dans le même arrêt, le Tribunal fédéral a retenu que, comme le motif de récusation invoqué s'était avéré dénué de fondement, l'intimée n'avait pas, en l'absence de toute objection de nature matérielle, à continuer de rechercher une désignation consensuelle de l'expert.

La présente situation est en tous points identiques à celle ayant conduit à l'ATAS/444/2020 du 8 juin 2020 confirmé par le Tribunal fédéral dans son arrêt 8C_452/2020 du 7 octobre 2021. Par conséquent, ce qui a été dit par ces deux juridictions en lien avec la désignation consensuelle s'applique *mutatis mutandis* à la présente cause.

11.2.3. Force est toutefois de constater que, quand bien même le recourant n'a aucun droit à la désignation consensuelle de l'expert et même si les griefs invoqués ne sont pas constitutifs d'un motif de récusation, l'intimée aurait dû statuer sur leur rejet par décision incidente, susceptible de recours. En ne le faisant pas, elle a manifestement violé les droits de participation du recourant dans la procédure de désignation de l'expert et, par conséquent, son droit d'être entendu, violation qui peut être soulevée d'office par la Cour de céans.

Ce vice ne saurait être réparé dans la présente procédure, dès lors que l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction.

Les rapports des Drs G_____ et H_____ doivent donc être écartés, dès lors qu'ils ont été obtenus en violation des droits de participation du recourant. En conséquence, il incombe à l'intimée de mettre en œuvre une nouvelle expertise orthopédique et neurologique.

11.3. Par surabondance, la Cour de céans relève encore que les rapports des Drs G_____ et H_____ n'échappent pas à la critique sur le fond.

11.3.1. Dans son rapport du 7 avril 2020, le Dr G_____ a expliqué que, dans les suites immédiates et différées de l'accident du 10 janvier 2014, outre la problématique au poignet gauche, le recourant s'est plaint de douleurs latéro-cervicales et hémicrâniennes gauches, ainsi que de douleurs hémicorporelles gauches liées aux diverses contusions. La situation est restée stationnaire jusqu'au 11 février 2014, avec des hémicrânies, des cervicalgies et une limitation douloureuse de la mobilité du poignet. Le 11 février 2014, le recourant a été victime d'un AVC ischémique cérébelleux gauche dans le territoire de la PICA, sur occlusion de l'artère vertébrale gauche, vraisemblablement sur dissection de cette dernière (rapport p. 29). L'expert a reconnu que l'accident était une cause partielle de l'atteinte neurologique, les facteurs traumatiques ayant vraisemblablement joué un rôle prédominant sur les facteurs vasculaires maladifs dans le déclenchement des troubles, même s'il n'est pas exclu que préexistaient sur l'artère vertébrale gauche des dépôts athéromateux ayant favorisé la survenue de la dissection et de l'AVC (cf. rapport p. 34). Les troubles neurologiques proprement dits (troubles de l'équilibre et vertiges) ont disparu, la seule anomalie subsistant étant une très discrète dysmétrie à la limite du significatif au niveau du membre supérieur gauche, laquelle n'entraîne toutefois pas de limitations fonctionnelles significatives dans les actes de la vie quotidienne (AVQ) et potentiellement dans les activités professionnelles antérieures. En conséquence, le Dr G_____ a évoqué une stabilisation de l'état de santé du recourant au 11 février 2015, soit un an après l'AVC (cf. rapport p. 34, 36 et 37) avec un retour au *statu quo ante/*sine à cette même date (cf. rapport p. 34). Quant aux troubles neuropsychologiques, ils n'interfèrent pas, selon lui, dans les actes de la vie quotidienne et n'auraient pas dû entraîner, à terme, de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail significative dans les activités de chauffeur poids lourds et de nettoyeur, activités qui ne nécessitent pas de compétences

neuropsychologiques particulièrement performantes. Le Dr G_____ n'arrive d'ailleurs pas à se prononcer clairement sur le lien de causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques et l'accident assuré. Il est d'avis qu'il y a des marqueurs indubitables de troubles cérébro-vasculaires modérés mais multiples évoquant le diagnostic d'atteinte microvasculaire cérébrale multiple, d'origine athéromateuse, favorisée par l'hypertension artérielle et le diabète. En l'absence de troubles d'origine dysthymiques, reste uniquement le contexte d'une microangiopathie multiple jouant vraisemblablement un rôle déterminant dans les troubles persistants, même si l'AVC lui-même a pu jouer, à un moment donné, un rôle prédominant dans les troubles neuropathologiques (rapport p. 35).

Force est toutefois de constater que les explications de l'expert restent peu claires sur des questions indispensables à la résolution du litige. Ainsi, le Dr G_____ admet, d'une part, que l'accident assuré est une cause partielle de l'AVC et que ce dernier a joué un rôle, à tout le moins à un moment donné, dans les troubles neuropsychologiques persistants. Cependant, cette appréciation du lien de causalité est très vague. En effet, on sait que le recourant souffre de troubles neurologiques dus, à tout le moins un moment donné, à l'AVC, lui-même en lien de causalité, à tout le moins partiel, avec l'accident assuré. On ne sait toutefois pas depuis quelle date ces troubles ne seraient plus dus à l'AVC, ne serait-ce que partiellement, et pourquoi. A un moment donné, le Dr G_____ évoque la date du 11 février 2015 pour la stabilisation de l'état neurologique et un retour au *statu quo*. Cette date ne semble toutefois pas concerner les troubles neuropsychologiques en tant que tels mais uniquement les troubles neurologiques à proprement parler, soit les vertiges et les pertes d'équilibre. Certes, l'intimée a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2016, une rente d'invalidité ayant pris le relais à cette date, de sorte que la date exacte de la stabilisation, tant qu'elle est antérieure à la suppression des prestations, n'est pas primordiale pour la résolution du présent litige. Cela étant, le défaut de motivation sur ce point est un élément qui permet de douter de la crédibilité du rapport dans son ensemble.

En outre, l'appréciation des répercussions sur la capacité de travail des troubles neuropsychologiques n'est pas non plus expliquée. On peine à comprendre comment une personne souffrant de troubles neuropsychologiques qualifiés de modérés à sévères peut encore exercer la profession de chauffeur de poids-lourds, dont les conditions d'exercice sont strictes et réévaluées régulièrement. Par ailleurs, le recourant se plaint encore d'hémicrânies gauches, mais le neurologue ne s'est pas attardé à leur propos. Or, ces points sont essentiels pour la prise de décision de la SUVA.

11.3.2. Pour sa part, le Dr H_____ a expliqué, dans son rapport du 31 mars 2020, que, suite à son accident de scooter, l'assuré a subi, sur le plan orthopédique, des contusions multiples du membre supérieur et du membre inférieur gauche et une fracture *in situ* du scaphoïde gauche. Les contusions ont rapidement guéri, sans séquelle. Le scaphoïde gauche est consolidé, sans déplacement secondaire, ni

incongruence ou arthrose post-traumatique. Cette fracture s'est cependant compliquée d'une algoneurodystrophie de Südeck du poignet gauche, restée invalidante toute l'année 2014 pour finalement évoluer de façon favorable. En janvier 2015, l'état de la main gauche était considéré comme compatible avec une reprise du travail, même si une certaine limitation fonctionnelle douloureuse a persisté jusqu'en 2016, manifestement liée à l'algoneurdystrophie de Südeck au décours. Depuis lors, le traitement du poignet gauche a été arrêté et l'assuré lui-même considère que les plaintes résiduelles au niveau du poignet gauche ne sont pas invalidantes. Il n'a pas repris la conduite d'une voiture en raison de ses troubles neuropsychologiques.

Après avoir étudié le dossier et les images radiologiques et examiné le recourant, le Dr H_____ a retenu les diagnostics de modestes arthralgies à l'effort du poignet gauche, non invalidantes, status après algoneurodystrophie de Südeck post-traumatique du poignet gauche, invalidante en 2014, non invalidante depuis début 2015, puis disparu depuis 2016/2017 et status après facture *in situ* du scaphoïde gauche le 10 janvier 2014, traitée conservativement avec consolidation anatomique, sans séquelle post-traumatique objectivable et a considéré que l'atteinte au poignet gauche s'était stabilisée en 2016-2017. Une pleine capacité de travail avait été attestée à compter du 5 janvier 2015 et l'état du poignet s'était encore amélioré par la suite. Au jour de l'expertise, en l'absence de limitation fonctionnelle significative, il n'y avait pas de diminution de la capacité de travail comme chauffeur livreur et nettoyeur.

Force est de constater que seuls les médecins de l'Unité de chirurgie de la main des HUG ont évoqué, le 19 décembre 2014, une reprise du travail à 100% dès le 5 janvier 2015 (cf. rapport du Dr H_____ p. 5). Il ressort toutefois de l'anamnèse faite par l'expert que les médecins ont continué d'attester une incapacité de travail de 100% tout au long de l'année 2015 (cf. rapport du Dr H_____ p. 6). A une page d'intervalle, le Dr H_____ évoque donc une capacité totale de travailler dès le 5 janvier 2015 et une incapacité totale de travailler en 2015. Au vu de cette contradiction, il lui appartenait d'expliquer de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il a retenu le 5 janvier 2015 comme date à compter de laquelle une capacité de travail totale était retenue.

Il ressort de ce qui précède que le rapport du Dr H_____ est contradictoire et non motivé sur un point essentiel pour se prononcer sur la fin du droit aux prestations.

11.4.3. Eu égard aux considérations qui précèdent, les rapports des Drs G_____ et H_____ ne sont pas probants, dès lors qu'ils ne sont pas motivés sur des points essentiels pour la prise de décision de l'intimée.

De plus, une appréciation consensuelle s'avérait nécessaire au vu des conclusions prises par les médecins. Il est en effet pour le moins surprenant que les experts n'aient pas discuté de l'absence de trouble psychique et, suite à cette constatation, procédé à des examens plus approfondis. En effet, à plusieurs reprises, il est

question d'un trouble psychique venant se surajouter aux troubles neurologiques. Toutefois, le Dr I_____ a exclu une composante psychiatrique à la pathologie du recourant, sans que le neurologue et la neuropsychologue n'en tirent des conclusions dans leur domaine de spécialisation.

12. Pour l'ensemble de ces motifs, la décision sur opposition du 3 août 2021 doit être annulée et la cause renvoyée à la SUVA pour mise en œuvre, dans le respect des droits de participation du recourant, d'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et neurologique, et appréciation consensuelle avec les Drs I_____ et Madame J_____.

Le recours est admis.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 3 août 2021 et renvoie la cause à la SUVA pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire orthopédique et neurologique et appréciation consensuelle au sens des considérants, dans le respect des droits de participation du recourant.
4. Condamne l'intimée à verser CHF 2'000.- au recourant à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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