

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4333/2018

ATAS/305/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 avril 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHÊNE-BOURG, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Christian van GESSEL

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40,  
WINTERTHUR, représentée par AXA Prestations Accidents &  
Maladie

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente ; Christian PRALONG et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1962, a travaillé en qualité de comptable mandataire commercial auprès de la banque B\_\_\_\_\_ (SUISSE) SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la WINTERTHUR ASSURANCES, devenue AXA WINTERTHUR ASSURANCE (ci-après : l'assureur ou l'intimé).
2. Le 1<sup>er</sup> novembre 2000, l'assuré a été victime d'un accident de scooter. Il a souffert notamment d'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Le cas a été pris en charge par l'assureur.
3. Mandaté par l'assureur, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport d'expertise le 6 octobre 2004. Selon lui, le *statu quo sine* était atteint au 31 août 2002, soit à la sortie de la CRR, date à partir de laquelle le problème orthopédique avait été mis en doute pour expliquer la persistance des plaintes et l'absence d'amélioration.
4. À la suite de la décision du 7 février 2005 par laquelle l'assureur a mis fin à ses prestations au 31 août 2002, l'assuré a formé opposition.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assureur a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la Policlinique médicale universitaire à Lausanne (ci-après : PMU) confiée aux docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, E\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH.

Pour sa part, l'assuré a produit un rapport d'expertise établi le 1<sup>er</sup> février 2006 par le docteur G\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, et supervisé par le professeur H\_\_\_\_\_, médecin-chef de service.

5. Par décision du 29 janvier 2007, confirmée par décision sur opposition du 19 mars 2007, l'assureur a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 50%.
6. À la suite du recours formé contre cette décision le 19 avril 2007, l'assuré soutenant qu'il présentait une incapacité de gain de 100%, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, l'a, par arrêt du 27 mai 2008 (ATAS/627/2008), rejeté en accordant une valeur probante aux conclusions de l'expertise de la PMU et en retenant que l'expertise privée produite par l'assuré dans le cadre de la procédure judiciaire n'était pas propre à mettre en doute les conclusions de l'expertise de la PMU. Le Tribunal fédéral a confirmé ledit arrêt le 17 mars 2009 (8C\_558/2008).
7. Le 18 septembre 2014, la ZURICH compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur RC), assureur responsabilité civile du véhicule automobile, a communiqué à l'assureur trois rapports de surveillance établis par des détectives privés, qui avaient suivi l'assuré lors de ses déplacements quotidiens depuis son domicile en Haute-Savoie et lors de ses vacances en Italie, à l'île d'Elbe.

8. Par décision du 15 juin 2015, l'assureur a confié un mandat d'expertise au docteur I\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, suspendu avec effet immédiat le versement de la rente et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.
9. Le 22 juin 2015, l'assuré a formé recours devant la chambre de céans contre la décision du 15 juin 2015. Il a conclu, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif, principalement, à l'annulation de la décision querellée et, subsidiairement, à ce que le mandat d'expertise soit confié à la PMU ou au Prof. H\_\_\_\_\_.
10. Par courrier du 7 juillet 2015, l'assureur a annulé le retrait de l'effet suspensif, ce dont la chambre de céans a pris acte par arrêt incident du 14 juillet 2015 (ATAS/549/2015).
11. Dans un arrêt sur partie du 14 octobre 2015 (ATAS/766/2015), la chambre de céans a confirmé la nomination du Dr I\_\_\_\_\_ en tant qu'expert. Elle a, par ailleurs, déclaré irrecevables les demandes d'injonction et de suspension formées par l'assureur. Il n'était pas de sa compétence de contraindre l'assuré à se présenter au cabinet de l'expert. Il n'existait aucun motif justifiant la suspension requise. Faute de recours, cet arrêt est entré en force.

Par arrêt du 29 octobre 2015 (ATAS/854/2015), la chambre de céans a jugé que l'assureur ne pouvait pas suspendre le droit à la rente de l'assuré sur la seule base des rapports de surveillance et du rapport de son médecin-conseil, dès lors que les conditions nécessaires à une révision procédurale ou à la reconnaissance d'une violation de l'obligation de renseigner n'étaient pas réalisées. Elle a considéré qu'admettre la possibilité d'une telle suspension reviendrait en effet à permettre à l'assureur de contourner l'interdiction qui lui était faite de supprimer le droit à la rente avec effet ex tunc. Elle en a conclu que l'assureur devait verser à l'assuré les rentes d'invalidité indûment retenues depuis le mois de juin 2015 et continuer à lui servir la rente, à tout le moins jusqu'à l'issue de l'instruction mise en œuvre pour déterminer son droit aux prestations. Aussi a-t-elle admis le recours au sens des considérants et annulé la décision querellée en tant qu'elle suspendait le droit à la rente de l'assuré. Faute de recours, cet arrêt est entré en force.

12. Le 2 mai 2016, le Prof. H\_\_\_\_\_ a établi un rapport dans le cadre d'une expertise privée. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle quelle que soit l'activité envisagée, en raison de la raideur objective et des douleurs qui en étaient la conséquence et qui nécessitaient la prise d'antalgiques.
13. L'assuré a été examiné par le Dr I\_\_\_\_\_ le 8 avril 2016. Dans son rapport du 27 mai 2016, il a considéré que l'assuré pouvait assumer en plein son travail administratif assez peu contraignant pour les épaules. Il en allait ainsi, même en cas d'acceptation d'une arthrofibrose résiduelle.
14. Par décision du 20 juin 2016, invoquant une modification notable du taux d'invalidité, l'assureur a supprimé la rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2016.

15. Par décision incidente du 28 juillet 2016 confirmée par la chambre de céans le 27 septembre 2016 (ATAS/774/2016), l'assureur a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif.
16. Dans un rapport complémentaire du 10 mai 2017, le Dr I\_\_\_\_\_, auquel a été soumis le rapport du Prof. H\_\_\_\_\_ du 25 février 2016 et un complément du 7 novembre 2016, a considéré que ces rapports ne modifiaient pas ses conclusions.
17. Par décision sur opposition du 26 juillet 2017, l'assureur a confirmé sa décision du 20 juin 2016.
18. Le 14 septembre 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016.
19. Par arrêt du 3 avril 2018, la chambre de céans a partiellement admis le recours et annulé les décisions des 20 juin 2016 et 26 juillet 2017. Elle a renvoyé la cause à l'assureur afin qu'il mette en œuvre une expertise comportant au moins un volet orthopédique auprès d'un spécialiste des troubles de l'épaule et donnant un mandat explicite à l'expert de comparer la situation médicale entre l'expertise de la PMU et son examen clinique, étant précisé que puisqu'il s'agit d'une procédure de révision de rente, il n'y pas d'empêchement à ce que le mandat d'expertise soit donné aux experts qui s'étaient prononcés au moment de l'octroi de la rente, puis nouvelle décision.
20. Par courriers des 18 avril, 11 et 31 mai 2018, l'assuré a proposé à l'assureur de confier le mandat d'expertise à la PMU de Lausanne.
21. Le 7 juin 2018, l'assureur a informé l'assuré qu'il avait l'intention de mandater le PMU à Lausanne, soit le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ou le CHUV à Lausanne, soit le professeur K\_\_\_\_\_, chef du service d'orthopédie et de traumatologie. Il lui a également transmis la liste des questions pour l'expert.
22. Le 27 juin 2018, l'assuré a indiqué qu'il préférerait le Prof. K\_\_\_\_\_, « puisque c'est un orthopédiste, alors que le Dr J\_\_\_\_\_ de la PMU n'est qu'un rhumatologue. Or, cette dernière spécialité n'a jamais été sollicitée jusqu'à présent, et cela à juste titre, puisqu'il s'agissait d'un problème notamment orthopédique ».

S'agissant de la liste des questions, il a estimé que celle posée au ch. 6.2 et libellée comme suit :

« Dans la mesure où des maladies, des états pathologiques antérieurs, des états étrangers à l'accident, des séquelles d'accidents précédents auraient eu une influence au sens du point 5, - est-ce que le même état de santé qu'avant l'accident (statu quo ante) ou l'état supposé installé en cas de maladie ou encore un état antérieur (préexistant) (statu quo sine) a été atteint selon un degré de vraisemblance prépondérante ? Si oui, à partir de quand ? Si non, à quel moment un tel état aura-t-il été atteint ? »

---

devait être écartée, au motif que dans le rapport d'expertise de la PMU du 19 septembre 2006, il n'est pas fait mention d'état pathologique antérieur ou étranger à l'accident, de sorte que cette question était sans objet.

Par ailleurs, la question 6.1

« Quelles sont les constatations ayant un lien de causalité naturelle prépondérant, probable ou seulement possible avec l'évènement invoqué ? (Remarque: l'accident ne doit pas être la raison unique des troubles. Il suffit qu'il représente un motif partiel déterminant (condition sine qua non) à l'atteinte à la santé) »

devrait être formulée plutôt dans le sens de savoir quelles sont les constatations nouvelles ayant un lien de causalité naturelle prépondérant probable ou seulement possible avec l'évènement invoqué.

L'assuré a par ailleurs posé quatre questions complémentaires, à savoir :

- ch. 2.4: quelles sont les différences entre les plaintes de la personne assurée en 2006 et aujourd'hui ?

- ch. 7.4: quelle est la capacité de travail actuelle de la personne assurée, et si elle diffère de celle retenue par les experts de la PMU dans leur rapport du 19 septembre 2006, veuillez motiver cette différence.

- ch. 8.2: quel a été le traitement médical suivi par la personne assurée depuis 2006 et quelle a été son évolution ?

- ch. 9.1: est-ce que l'état médical de la personne assurée peut être considéré comme stabilisé ?

23. Le 27 juillet 2018, ayant appris que le Prof. K\_\_\_\_ ne réalisait plus d'expertise, l'assureur a soumis à l'assuré le nom de deux experts orthopédistes, le docteur L\_\_\_\_, et le docteur M\_\_\_\_.
24. Le 8 août 2018, l'assuré a rappelé que la chambre de céans avait précisé que le volet orthopédique devait être effectué par un spécialiste des troubles de l'épaule. Or, le Dr M\_\_\_\_ est spécialisé en chirurgie du pied et de la cheville, et le Dr L\_\_\_\_ en chirurgie et prothèses du membre inférieur. Il considère dès lors qu'il y a lieu de rechercher un expert au sein du service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, et propose le docteur N\_\_\_\_, précisément spécialisé dans la traumatologie du membre supérieur.
25. Par courriel du 19 septembre 2018, l'assuré s'est inquiété auprès de l'assureur de savoir si celui-ci avait pris contact avec le Dr N\_\_\_\_.
26. Par courrier du 11 octobre 2018, l'assureur a indiqué que selon son service médical, les deux experts proposés étaient en possession de la certification SIM, laquelle offre la formation en expertises médicales en Suisse sous le patronage de la FMH. Le médecin-conseil a expliqué qu'il n'existait pas de sous-spécialité FMH et que l'on ne pouvait pas être considéré comme « spécialiste de l'épaule ». Par ailleurs, les deux experts proposés opèrent depuis plus de vingt ans déjà des épaules.

27. Le 17 octobre 2018, l'assuré a persisté à soutenir que l'art. 44 LPGA permettait de récuser un expert s'il ne disposait pas des connaissances et compétences nécessaires pour réaliser la mission d'expertise. Il laisse dès lors le soin à l'assureur de lui notifier une décision formelle.
28. Par décision incidente du 8 novembre 2018, l'assureur a confirmé que l'expertise serait effectuée auprès du Dr L\_\_\_\_, relevant au surplus que « le Dr N\_\_\_\_ ne fait pas partie des experts certifiés SIM, contrairement aux Drs L\_\_\_\_ et M\_\_\_\_ ».
29. L'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours le 10 décembre 2018 contre ladite décision incidente. Il conclut à ce qu'elle soit annulée et à ce qu'il soit ordonné à l'assureur de confier l'expertise au Dr N\_\_\_\_, dont les spécialités cliniques sont, selon le site internet du CHUV, la traumatologie du membre supérieur et les séquelles de traumatisme du membre supérieur, ou à l'un de ses collègues spécialistes de l'épaule au service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV.

Il rappelle que la chambre de céans a expressément renvoyé le dossier à l'assureur, afin qu'il mette en œuvre une expertise comportant au moins un volet orthopédique auprès d'un spécialiste des troubles de l'épaule. Or, le Dr L\_\_\_\_ ne l'est pas. Il résulte en effet du site internet de la clinique CIC – Riviera dans laquelle il travaille, qu'il est spécialisé dans la chirurgie et les prothèses du membre inférieur. L'assuré relève à cet égard qu'en n'insistant pas pour que le Dr J\_\_\_\_ soit désigné comme expert, l'assureur a implicitement reconnu que la spécialisation des troubles de l'épaule constituait une condition nécessaire.

Il ajoute qu'en revanche la certification SIM n'est pas une condition nécessaire pour réaliser des missions d'expertise, et relève du reste que le Dr J\_\_\_\_ et le Prof. K\_\_\_\_ ne l'ont pas.

L'assuré a par ailleurs réitéré sa demande de pouvoir consulter le dossier.

30. Dans sa réponse du 15 janvier 2019, l'assureur a proposé le rejet du recours. Il considère que le Dr N\_\_\_\_ n'est pas plus apte à rendre l'expertise ordonnée par la chambre de céans dans son arrêt du 3 avril 2018 que le Dr L\_\_\_\_. En effet, il n'est spécialiste en orthopédie et traumatologie que depuis 2013, « il a passé le plus clair de son temps depuis à se perfectionner dans plusieurs établissements hospitaliers, avant de prendre ses fonctions au CHUV où il focalise ses travaux sur la chirurgie... du coude, comme l'atteste sa bio annexée. Alors que de son côté, le Dr L\_\_\_\_ est spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie depuis 1998... (expert certifié SIM, il est fréquemment mandaté par la chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, notamment dans le domaine d'expertises judiciaires concernant l'épaule) (arrêt vaudois AA81/15-104/2017) ».
31. Dans sa réplique du 8 février 2019, l'assuré reproche à l'assureur de n'avoir pas produit une copie intégrale de son dossier, et « commence à se demander ce que peut bien vouloir cacher l'intimée, de sorte qu'il réclamera maintenant formellement que cette dernière dépose l'entier du dossier, y compris toutes les

notes internes, notamment de son service juridique, cela depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit dès le moment où les surveillances par les détectives privés ont commencé à être planifiées ».

Il fait valoir que « si le Dr N\_\_\_\_ a relativement récemment terminé ses études, cela signifie qu'il connaît les tous derniers développements de la littérature médicale et des pratiques cliniques. Il n'est pas simplement chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, mais est déjà responsable d'unités, au même niveau que des médecins manifestement beaucoup plus âgés que lui, dont cinq Professeurs. C'est dire qu'il doit être brillant pour avoir déjà pu atteindre ce poste à son jeune âge ».

L'assuré considère ainsi que le Dr N\_\_\_\_ est manifestement plus compétent que le Dr L\_\_\_\_ pour effectuer la mission d'expertise demandée ; de plus, « le Dr N\_\_\_\_ a transité par plusieurs établissements plutôt prestigieux pour « se perfectionner », alors que le Dr L\_\_\_\_ végète depuis la fin de sa formation dans des établissements de seconde zone. Le dernier poste occupé par le Dr N\_\_\_\_ à la prestigieuse université McGill de Montréal était consacré à la traumatologie du membre supérieur ».

L'assuré persiste dans les conclusions de son recours, en ajoutant, qu'à titre préalable, il soit ordonné à l'assureur de produire l'ensemble exhaustif de son dossier depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, y compris toutes les notes internes, notamment de son service juridique.

32. Dans sa duplique du 20 février 2019, l'assureur maintient son choix du Dr L\_\_\_\_.
33. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
3. En l'espèce, l'assuré recourt contre la décision incidente rendue par l'assureur le 8 novembre 2018, aux termes de laquelle celui-ci entend confier au Dr L\_\_\_\_ la mission d'expertise ordonnée par la chambre de céans dans son arrêt du 3 avril 2018 (ATAS/292/2018)
4. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux

parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

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 PA. Il s'agit d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; cf. Arrêt du Tribunal fédéral P 29/03 du 25 novembre 2004) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA).

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours interjeté contre la décision incidente du 8 novembre 2018, est recevable.

5. Le litige, défini par ladite décision incidente, porte sur le droit de l'assureur de mandater le Dr L\_\_\_\_\_ pour expertise, étant rappelé qu'au fond, il s'agit de déterminer le taux de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents à laquelle l'assuré peut prétendre, plus particulièrement sur la question de savoir si l'assureur est en droit de supprimer sa rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 2016.

En l'espèce, l'assuré ne remet pas en cause la nécessité de mettre en œuvre une expertise. Seul le choix de l'expert est contesté.

6. a. Dans l'ATF 137 V 210 (consid. 3), le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst ; RS 101], art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]). L'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid 3.2.4.6 et 3.4.2.9).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. Ce n'est que si le consensus ne peut être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

La recherche d'un consensus est nécessaire lorsque l'assuré fait valoir des objections « admissibles » de nature formelle, en rapport avec le cas concret, ou matérielle, en rapport avec la spécialité médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3 et les références).

Enfin, la chambre de céans a jugé, qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la désignation de l'expert par l'assureur devait être annulée et la cause lui être renvoyée lorsqu'il n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, en violation des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de celui-ci. Elle a précisé à cet égard que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions (ATAS/226/2013 du 28 février 2013 consid. 5 et ATAS/263/2013 du 13 mars 2013 consid. 6). Il n'en demeure pas moins qu'une partie ne saurait s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables, tels que des doutes sur son indépendance ou sa compétence. En effet, si tel était le cas, cela reviendrait à lui accorder un droit de veto sur le choix d'un expert (ATAS/1029/2017 du 16 novembre 2017 consid. 6).

b. En l'espèce, les parties ont tenté de chercher un consensus et ont eu un échange à ce propos. Elles y ont toutefois échoué. Aussi l'assureur a-t-il rendu sa décision incidente du 8 novembre 2018. Le droit d'être entendu a été respecté.

7. Aux termes de l'article 15 LPA, dont les causes de récusation s'appliquent aux experts en application de l'article 39 al. 2 LPA,

«<sup>1</sup> Les membres des autorités administratives appelés à rendre ou à préparer une décision doivent se récuser :

- a) s'ils ont un intérêt personnel dans l'affaire ;
- b) s'ils sont parents ou alliés d'une partie en ligne directe ou jusqu'au troisième degré inclusivement en ligne collatérale ou s'ils sont unis par mariage, fiançailles, par partenariat enregistré, ou mènent de fait une vie de couple ;
- c) s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire ;
- d) s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité.

<sup>2</sup> Les membres du Conseil d'État ou d'un exécutif communal n'ont pas à se récuser dans les affaires non contentieuses concernant des personnes morales, organes ou autorités à l'administration desquels ils appartiennent en qualité officielle.

<sup>3</sup> La demande de récusation doit être présentée sans délai à l'autorité.

<sup>4</sup> La décision sur la récusation d'un membre d'une autorité collégiale est prise par cette autorité, en l'absence de ce membre ».

L'expert doit être, d'une part, subjectivement impartial : il ne doit pas, par exemple, avoir fait des déclarations sur l'issue du litige, y avoir un intérêt personnel, être parent ou allié avec l'une des parties, etc. Il doit, d'autre part, être objectivement impartial, dans le sens de la jurisprudence susmentionnée (cf. J. MEINE, l'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in l'expertise médicale, 2002, p. 27). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 125 V 353).

---

Il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que l'assuré doit apporter la preuve du contraire permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du 27 août 2004 cause I 752/03 et doctrine citée).

Les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont toutefois pas décisives. Un expert passe 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 rapporter. 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 partielle 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. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATF 123 V 175 consid. 3d).

8. En l'espèce, le motif de récusation soulevé par l'assuré ne vise ni l'un des motifs énumérés à l'art. 15 al. 1 let. a à c LPA, ni un motif formel lié à son impartialité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 127/2006).

Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que, par exemple, le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités, en gardant à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

9. a. L'assuré rappelle que, dans son arrêt du 3 avril 2018, la chambre de céans avait précisé que le volet orthopédique devait être effectué par un spécialiste des troubles de l'épaule, et relève que le Dr L\_\_\_\_\_ est spécialiste en chirurgie et prothèses du membre inférieur. Il propose dès lors le Dr N\_\_\_\_\_ qui, lui, est spécialiste dans la traumatologie du membre supérieur, et fait valoir que si celui-ci n'a acquis sa spécialité qu'en 2013 – alors que le Dr L\_\_\_\_\_ l'a depuis 1998 -, il connaît les tous derniers développements de la littérature médicale et des pratiques cliniques et est

---

responsable d'unités. L'assuré considère ainsi que le Dr N\_\_\_\_ est manifestement plus compétent que le Dr L\_\_\_\_ pour effectuer la mission d'expertise demandée.

Il est vrai qu'il n'existe pas de « sous-spécialité » FMH, de sorte qu'un médecin ne devrait en principe pas pouvoir être considéré comme un « spécialiste de l'épaule ».

Il y a toutefois lieu de rappeler que la chambre de céans, dans son arrêt du 3 avril 2018, a précisé que le volet orthopédique de l'expertise devait être assuré par un spécialiste des troubles de l'épaule. Par ailleurs, dans plusieurs arrêts, la chambre de céans tient précisément compte de cette qualité dans la désignation des experts (ATAS/702/2017 ; ATAS/835/2017). Or, il apparaît, à la lecture des sites internet des établissements dans lesquels travaillent les Drs L\_\_\_\_ et N\_\_\_\_, que ce dernier est plus particulièrement intéressé à la traumatologie du membre supérieur et aux séquelles de traumatisme du membre supérieur, de sorte que l'on peut s'attendre, en principe, à ce qu'il soit plus à même de se prononcer en toute connaissance de cause sur le cas de l'assuré.

b. L'assureur a indiqué que les deux experts proposés étaient en possession de la certification SIM, laquelle offre la formation en expertises médicales en Suisse sous le patronage de la FMH, ce qui n'est pas le cas du Dr N\_\_\_\_. Par ailleurs, les deux experts proposés opèrent depuis plus de vingt ans déjà des épaules.

La certification SIM n'est toutefois pas exigée par la chambre de céans dans le cadre des expertises judiciaires (ATAS/874/2018 du 3 octobre 2018).

c. L'assureur fait enfin valoir que le Dr L\_\_\_\_ réalise fréquemment des expertises judiciaires et cite à cet égard un arrêt vaudois. Dans cet arrêt toutefois, s'il est vrai que le tribunal avait bel et bien désigné le Dr L\_\_\_\_ en tant qu'expert, il s'avère qu'il avait rayé la cause du rôle ensuite du retrait du recours. L'assureur semble aussi alléguer – implicitement – que les conclusions de cet expert sont si bien motivées et si claires qu'elles ont induit le recourant à s'y rallier et à retirer son recours. Il y a toutefois lieu de regretter de n'avoir aucune appréciation sur la valeur probante, ce qui eût été indéniablement plus utile pour déterminer les qualités du médecin en tant qu'expert.

d. Il y a en conséquence lieu de considérer que les objections soulevées par l'assuré doivent être retenues et d'annuler la désignation du Dr L\_\_\_\_. L'expertise sera confiée au Dr N\_\_\_\_.

10. a. L'assuré demande à ce que l'assureur produise une copie intégrale de son dossier, y compris les notes internes, notamment de son service juridique, cela depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, soit dès le moment où les surveillances par les détectives privés ont commencé à être planifiées.

b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à

l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282 ; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293 ; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370).

Selon l'art. 47 LPGA,

«<sup>1</sup> Ont le droit de consulter le dossier, dans la mesure où les intérêts privés prépondérants sont sauvegardés :

a. l'assuré, pour les données qui le concernent; b. 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; c. les autorités habilitées à statuer sur les recours contre des décisions fondées sur une loi sur les assurances sociales, pour les données nécessaires à l'accomplissement de cette tâche; d. le tiers responsable et son assureur, pour les données qui leur sont nécessaires pour se déterminer sur une prétention récursoire de l'assurance sociale concernée.

<sup>2</sup> S'il s'agit de données sur la santé dont la communication pourrait entraîner une atteinte à la santé de la personne autorisée à consulter le dossier, celle-ci peut être tenue de désigner un médecin qui les lui communiquera ».

c. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut qu'inviter l'assureur à mettre à disposition de l'assuré copie de son dossier complet, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, étant précisé, s'agissant des notes internes, que l'intérêt à les garder secrètes peut être prépondérant sur l'intérêt à les consulter. Les pièces dites internes et ne constituant pas un élément constitutif de preuve dans la motivation des prononcés sont celles qui servent exclusivement à l'administration et qui lui permettent de se forger une opinion sans a priori sur le cas d'espèce ; il s'agit notamment de rapports, propositions, procès-verbaux, notes ou projets. En cas de doute, une pièce n'est pas considérée comme interne. Les annexes à une pièce interne ne sont pas nécessairement qualifiées d'internes (ATF 115 V 297, ATF 121 I 225 2a, ATF 125 II 473).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Admet le recours.
3. Dit que l'expertise sera confiée au docteur N\_\_\_\_\_.
4. Invite AXA ASSURANCES SA à mettre à disposition de l'assuré son dossier complet dans le sens des considérants.
5. Condamne AXA ASSURANCES SA à verser à l'assuré CHF 1'800.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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