

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 mai 2014

---

Présidence de        M. MERZ  
Juges        :        M. Métral et Mme Dessaux  
Greffière        :        Mme Saghbini

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, à Lausanne,

et

**S.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 43 al. 1, 44 LPGA ; 94 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, de nationalité suisse, travaille aux [...] et est ainsi assurée obligatoirement contre le risque d'accidents et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), auprès de S. \_\_\_\_\_ (ci-après : la S. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 26 septembre 2007, l'employeur a annoncé à la S. \_\_\_\_\_ que l'assurée avait fait un faux pas dans une zone en travaux et s'était tordu la cheville droite en date du 19 septembre 2007.

Dans un premier temps, la S. \_\_\_\_\_ a pris en charge le traitement. Par courrier du 10 juin 2013, elle a toutefois indiqué qu'elle prendrait en charge, à bien plaisir, les frais uniquement jusqu'au 31 décembre 2012, la poursuite du traitement médical ne répondant pas à un traitement économique et de nature à apporter une amélioration de l'état de santé. Par courrier de sa mandataire du 2 juillet 2013, l'assurée s'est opposée à ce point de vue.

La S. \_\_\_\_\_ a alors répondu dans une écriture du 8 juillet 2013 qu'au vu des divergences d'appréciation et des coûts du traitement, elle estimait qu'il était nécessaire d'organiser une expertise médicale. Elle a proposé trois spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, les Drs J. \_\_\_\_\_ (à [...]), qui avait déjà vu l'assurée, M. \_\_\_\_\_ (à [...]) et D. \_\_\_\_\_ (à [...]), ce dernier médecin se trouvant « hors du cercle des très nombreux spécialistes consultés » par l'assurée. Elle a donné à l'assurée la possibilité de « faire part de [ses] éventuelles remarques et/ou motifs de récusation quant à ces experts ».

Par courrier du 16 juillet 2013, la mandataire de l'assurée a répondu comme suit :

« Il n'est malheureusement pas possible pour ma cliente de se rendre à [...] [...], ses ennuis de santé lui rendant les longs déplacements impossibles.

S'agissant du Dr J. \_\_\_\_\_, ma cliente et lui sont opposés par un litige personnel. Quant au troisième médecin que vous proposez, il a été vivement déconseillé à ma cliente au moment où il s'agissait de choisir un médecin-traitant, raison pour laquelle, là encore, ma cliente ne peut se rallier à ce choix.

Elle propose en revanche les trois praticiens suivants : [suivent les noms de trois médecins avec adresse à Lausanne]. Ma cliente se rendra volontiers chez celui de ces trois médecins que vous désignerez. Si aucun des trois ne devait vous convenir, j'attends volontiers d'autres propositions. »

Par écriture du 15 août 2013, la S. \_\_\_\_\_ a rétorqué qu'elle constatait que l'assurée n'avait pas de « motif valable de récusation du Dr M. \_\_\_\_\_ », et qu'en conséquence, elle allait désigner ce médecin en tant qu'expert.

Par lettre de sa mandataire du 23 août 2013, l'assurée a déclaré qu'elle maintenait fermement son opposition à la désignation du Dr M. \_\_\_\_\_ en qualité d'expert dans son affaire, soutenant qu'elle aurait accumulé de très mauvaises expériences avec les médecins fonctionnant habituellement comme médecin-conseil des assurances, ce qui était le cas du Dr M. \_\_\_\_\_. Elle a en outre demandé à la S. \_\_\_\_\_ de rendre une décision sujette à recours s'il n'y avait pas d'accord sur le choix de l'expert.

Par courrier du 26 août 2013, la S. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'un rendez-vous avait été fixé au 17 septembre 2013 chez le Dr M. \_\_\_\_\_. Elle l'a aussi informée du questionnaire qu'elle avait adressé le même jour à l'expert, donnant à l'assurée la possibilité de formuler des questions complémentaires.

A cela, la mandataire de l'assurée a réagi le 27 août 2013 par le courrier suivant :

« Ma cliente refuse d'aller chez le Dr M. \_\_\_\_\_. Elle vous a proposé trois noms, de médecins qualifiés pour réaliser cette expertise. Vous

n'avez avancé aucun motif qui justifie qu'ils ne soient pas pris en considération.

Pour le Tribunal fédéral (arrêt 9C\_207/2012 [réd. : ATF 139 V 349]), lorsqu'une expertise monodisciplinaire doit être mise en œuvre, les parties doivent s'efforcer de parvenir à un accord sur le choix de l'expert. A défaut d'accord, l'assureur doit rendre une décision formelle, sujette à recours.

Par souci d'économie de procédure, il serait sans doute préférable que nous nous entendions sur le choix de l'expert. Je vous annonce d'ores et déjà que ma cliente recourra contre une décision désignant le Dr M.\_\_\_\_\_, décision que j'attends dans les plus brefs délais si véritablement vous deviez maintenir votre position. »

**B.** En date du 2 septembre 2013, la S.\_\_\_\_\_ a rendu une décision formelle par laquelle elle a confirmé la nomination du Dr M.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert. Selon elle, l'assurée n'aurait pas fait valoir de motifs pertinents de récusation à l'encontre de ce médecin. Elle a ajouté que les frais d'annulation du rendez-vous pourraient être, le cas échéant, facturés à l'assurée.

**C.** L'assurée ne s'est pas rendue le 17 septembre 2013 chez le Dr M.\_\_\_\_\_. Celui-ci s'est alors adressé à elle, par courrier du 26 septembre 2013, en retenant qu'elle ne s'était non seulement pas présentée au rendez-vous fixé, mais n'avait également pas pris la peine de s'excuser ou d'annuler le rendez-vous. Il lui a demandé de régler une note d'honoraires pour le rendez-vous manqué de 600 francs.

Par courrier de sa mandataire du 3 octobre 2013, adressé au Dr M.\_\_\_\_\_, l'assurée a refusé de s'acquitter de la facture ; la décision du 2 septembre 2013 de la S.\_\_\_\_\_ n'étant pas définitive, c'était à cette dernière que revenait la responsabilité du rendez-vous manqué.

**D.** Par acte de sa mandataire, également du 3 octobre 2013, l'assurée a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de la S.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2013, en prenant les conclusions suivantes :

« I. Le recours est admis.

- II. Il est constaté que [l'assurée] n'est pas la débitrice du [Dr M. \_\_\_\_\_] d'un montant de Fr. 600.-.

*Principalement :*

- III. La décision rendue par [l'intimée] le 2 septembre 2013 est réformée dans ce sens que l'expert désigné pour se charger de l'expertise voulue par [l'intimée] sera [un des trois médecins proposés par l'assurée dans son courrier du 16 juillet 2013].

*Subsidiairement :*

- IV. La décision rendue le 2 septembre 2013 par [l'intimée] est annulée et l'affaire renvoyée à cette autorité pour nouvelle décision dans le sens des considérants. »

Par réponse du 8 novembre 2013, l'intimée a demandé de rejeter le recours, de débouter la recourante de toutes ses conclusions et de la condamner aux frais et aux dépens.

Par réplique du 11 décembre 2013, la recourante, sous la plume de sa mandataire, a déclaré ne pas avoir d'explications complémentaires, ni de réquisitions de mesures d'instruction. Elle s'est référée intégralement à son mémoire de recours. La réplique a été transmise à l'intimée pour information ; cette dernière ne s'est plus prononcée.

Dans la mesure utile, les arguments des parties seront reproduits par la suite.

### **E n d r o i t :**

**1.** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances instituée par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des dispositions de la LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28

octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 septembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]).

**1.1** Dans un premier temps, il y a lieu de préciser l'objet du litige et de déterminer si la Cour de céans est compétente pour statuer sur les conclusions de la recourante.

**1.1.1** Le litige porte, d'une part, sur le choix d'un médecin pour effectuer une expertise médicale. Dans cette mesure, il s'agit d'un point qui a directement trait avec la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents selon la LAA. Il s'agit donc d'un litige dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 57 LPGA et la Cour de céans en tant que tribunal des assurances est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV).

**1.1.2** D'autre part, la recourante demande de constater qu'elle n'est pas débitrice du Dr M.\_\_\_\_\_ d'un montant de 600 francs. Elle n'a toutefois pas désigné le Dr M.\_\_\_\_\_ comme partie à la présente procédure, interjetant son recours uniquement contre l'intimée, son assurance-accidents. On pourrait donc se demander si la Cour de céans doit transmettre le recours également au Dr M.\_\_\_\_\_ comme partie prenante de la présente procédure. A cette question il doit être répondu par la négative, car la Cour de céans n'est de toute manière pas compétente pour statuer sur un litige entre le Dr M.\_\_\_\_\_ et la recourante au sujet du paiement d'une note d'honoraires ; il ne s'agit pas d'un recours dans le domaine des assurances sociales au sens de l'art. 57 LPGA, ni d'un autre cas prévu à l'art. 93 LPA-VD. Dans cette mesure, il n'y a pas non plus de norme ou principe qui prévoit de transmettre cette requête d'office à une instance compétente. L'art. 58 al. 3 LPGA ne prévoit que la transmission d'office à un tribunal des assurances (cf. aussi le texte en allemand de ladite disposition : « Versicherungsgericht »). Certes, selon l'art 7 al. 1 LPA-VD, l'autorité qui s'estime incompétente transmet la cause

sans délai à l'autorité qu'elle estime compétente ; cette disposition vise toutefois seulement les autorités administratives (cf. Exposé des motifs de la LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 17). Quant au CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), il ne contient pas de disposition analogue à l'art. 58 al. 3 LPGA, de sorte qu'il ne revient pas au Tribunal de céans de transmettre l'acte de recours à un éventuel tribunal civil compétent (cf. arrêt Casso PC 20/13 du 14 mars 2014).

On pourrait encore se demander s'il ne faut pas comprendre la conclusion au sujet de la note du Dr M. \_\_\_\_\_ de 600 fr. dans le sens que la recourante demande à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge ce montant dans le cadre des prestations selon la LAA, voire selon la LPGA. L'intimée n'a toutefois pas rendu de décision à ce sujet. La recourante n'a pas non plus prétendu ou exposé qu'elle aurait demandé en vain une décision de l'intimée sur cet aspect. Un recours contre l'intimée concernant le paiement du montant de 600 fr. serait donc prématuré, raison pour laquelle il n'y a pas lieu à une interprétation desdites conclusions dans le sens évoqué. Par ailleurs, l'intimée a déclaré sans équivoque dans sa réponse au recours, et apparemment interpellée pour la première fois à ce sujet par la recourante à cette occasion, qu'elle prenait les mesures nécessaires pour que le montant en question ne soit pas réclamé à la recourante.

Au vu de ce qui précède, la conclusion en constatation au sujet du montant de 600 fr. demandé par le Dr M. \_\_\_\_\_ n'est pas recevable.

**1.2** Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. L'art. 52 al. 1 LPGA dispose que les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition. Cela vise des décisions incidentes, par exemples celles concernant la consultation du dossier, la suspension, la récusation, l'assistance judiciaire (cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. 2009, n. 30 ad art. 52 LPGA). En fait partie aussi la mise en oeuvre d'une expertise, et plus singulièrement le choix de l'expert.

Selon les art. 74 et 75 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, le recourant doit disposer d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée ; les décisions incidentes notifiées séparément doivent en outre, en principe, pouvoir causer un préjudice irréparable au recourant. Selon le Tribunal fédéral (TF), il faut, en principe, conférer à la partie qui conteste le choix de l'expert un tel intérêt digne de protection pour déférer une décision incidente sur le choix de l'expert devant la jurisprudence cantonale ; il en va de même pour l'admission de la condition du préjudice irréparable (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7 ; arrêt Casso AI 143/12 du 26 août 2013 consid. 1a ; cf. plus restrictif pour un recours subséquent auprès du Tribunal fédéral ATF 138 V 271 ; TF 8C\_510/2013 du 10 février 2014 consid. 2 ; 9C\_207/2012 du 3 juillet 2013 consid. 1.2.1 non publié in ATF 139 V 349). En l'espèce, il n'y a pas de circonstances qui s'opposent à admettre que les conditions de l'art. 74 et 75 LPA-VD soient remplies.

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 418).

Interjeté en temps utile - en l'espèce le dernier jour du délai de recours - et dans les formes prévues notamment par l'art. 61 let. b LPGA, le recours de l'assurée contre la décision de l'assureur du 2 septembre 2013 en tant qu'elle désigne le Dr M. \_\_\_\_\_ comme expert est recevable.

**1.3** Même si le présent litige porte uniquement sur une décision incidente d'ordonnancement au sujet du choix d'un expert, le Tribunal de céans statue dans la composition ordinaire à trois juges, vu qu'il ne peut pas être exclu que la procédure au fond porte sur l'octroi ou le refus de prestations selon la LAA dépassant en définitive une valeur de 30'000 francs (art. 94 al. 1 et 4 LPA-VD, 83c LOJV, 37 al. 4 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; RSV 173.31.1] ; arrêt Casso AI 143/12 du 26 août 2013 consid. 1b).

**2.**

**2.1** De l'avis de la recourante, la décision de l'intimée du 2 septembre 2013 est contraire à l'art. 44 LPGA, tel qu'il aurait été précisé par les arrêts du Tribunal fédéral ATF 139 V 349 (correspondant à l'arrêt TF 9C\_207/2012 du 3 juillet 2013) et ATF 137 V 210. Elle fait valoir que la Haute Cour aurait décidé que, dans le cadre de mandats mono- ou bidisciplinaires, il y aurait lieu d'essayer autant que possible de se mettre d'accord sur l'identité de l'expert à désigner. Ce ne serait qu'en cas d'échec du processus amiable qu'une décision pouvait être rendue par l'administration. En l'espèce, elle allègue qu'il n'y aurait pas eu de processus tendant à mettre les parties d'accord sur le choix des experts. L'intimée lui a proposé trois noms qu'elle a refusés en donnant à ce sujet des explications. Elle a également fait des contre-propositions en indiquant trois autres médecins, tous spécialistes de la discipline concernée, dont un médecin exerçant à l'hôpital orthopédique du [...], effectuant régulièrement des mandats d'expertise pour divers assureurs, y compris pour les assureurs accidents. L'intimée n'aurait donné aucune raison pour refuser ces médecins. La recourante a relevé qu'un assuré ne pouvait certes pas imposer son choix, mais que la jurisprudence du Tribunal fédéral ne devait toutefois être interprétée de telle manière que la possibilité pour les assurés de participer à la désignation de l'expert restait purement théorique, précisant qu'il ne serait pas conforme au processus d'accord de faire prévaloir le choix de l'autorité lorsque l'assuré ne peut invoquer de motifs formels de récusation.

La recourante fait par ailleurs valoir qu'elle a refusé deux des médecins proposés par l'intimée pour des motifs que cette dernière ne conteste pas. S'agissant du Dr M.\_\_\_\_\_, elle a d'emblée fait valoir une méfiance à son égard ; certaines de ses connaissances auraient eu affaire à ce médecin et les examens se seraient déroulés de manière très désagréable. Elle a indiqué que, s'il ne s'agissait pas de motifs formels de récusation, il n'en demeurerait pas moins que cela présenterait des éléments suffisants, dans le cadre du processus d'accord, voulu par le Tribunal fédéral, pour justifier un refus, une expertise ne pouvant de toute évidence pas se dérouler dans des conditions optimales auprès de ce médecin.

**2.2** L'intimée expose qu'elle avait proposé à la recourante trois noms d'experts afin de lui permettre d'effectuer un choix, alors que la pratique consiste à ne proposer en règle générale que deux noms ; l'intimée aurait donc fait dans le cadre du processus de mise sur pied de l'expertise un effort pour en proposer un de plus. De son côté, la recourante n'aurait manifestement aucun motif convaincant pour refuser de confier l'expertise au Dr M.\_\_\_\_\_. Selon l'intimée, seul un motif de récusation formel pourrait être invoqué, les motifs de nature matérielle ne devant en principe être examinés qu'avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Un motif formel n'aurait pas été invoqué et ne serait pas non plus rempli. Par ailleurs, les motifs pour lesquels le Dr M.\_\_\_\_\_ aurait été déconseillé à la recourante n'auraient pas été précisés. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas parce que certaines personnes ont peut-être pensé que ce médecin ne convenait pas comme médecin traitant qu'il ne saurait être mandaté comme expert ; les critères, souvent en grande partie personnels, de choix d'un médecin traitant ne sont pas les mêmes que ceux de choix d'un expert qui sera amené à voir une ou deux fois l'assuré en expertise. Vu le refus de la recourante sans motif valable, il apparaît qu'en l'espèce le processus amiable de mise sur pied d'une expertise s'avère difficile, raison pour laquelle l'intimée a rendu la décision attaquée.

### **3.**

**3.1** L'art. 43 al. 1 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes dont il est saisi, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin, les renseignements donnés oralement devant être consignés par écrit. A teneur de 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.

**3.2** Selon la jurisprudence, il convient de distinguer les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs formels sont ceux

prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent ou allié en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente, du fait d'être lié avec une partie ou son mandataire par mariage, fiançailles, partenariat enregistré ou adoption, ou encore un lien de l'expert avec l'affaire pour d'autres motifs, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire. Ces motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (cf. ATF 132 V 93 ; TF 9C\_893/2009 du 22 décembre 2009).

Contrairement à ce que laisse entendre l'intimée, un assuré peut désormais, selon l'arrêt de principe déjà cité ATF 137 V 210 (consid. 3.4.2.7), invoquer dans un recours contre une décision de désignation d'un expert non seulement des motifs formels, mais également des objections matérielles devant le tribunal des assurances.

**3.3** L'ATF 137 V 210 a été rendu pour les procédures de l'assurance-invalidité (AI) et au sujet des expertises pluridisciplinaires. Les principes qui y ont été développés valent toutefois, en principe, également pour les procédures en assurance-accidents (cf. ATF 138 V 318) et pour les expertises mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 ; cf. aussi infra consid. 3.5).

**3.4** Concernant la procédure de choix de l'expert, le TF considère dans ledit ATF 137 V 210 (cf. consid. 2.5 et 3.4.2, en particulier consid. 3.4.2.4, 3.4.2.6 et 3.4.2.7), qu'un déroulement équitable de la procédure exige dans un premier temps que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] et 42 LPGA ; ATF 135 V 465 consid. 4.3.2) et comprenant notamment le droit de faire administrer des preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties. Lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui doit être ordonné au moyen d'un acte de l'administration susceptible de recours, il y a lieu de tenir compte de l'intérêt à la protection juridique spécifique au contentieux (René A. Rhinow, *Verwaltungsgerichtsbarkeit im Wandel*, in : G. Müller et al. [Hrsg.], *Staatsorganisation und Staatsfunktionen im Wandel*, 1982, S. 660). Constatant ensuite qu'il n'existe pas de droit à une expertise judiciaire, le TF observe que l'expertise administrative constitue fréquemment la base de décision dans la procédure de recours et que dans de tels cas, les garanties prévues lors de l'administration des preuves par un tribunal ne déploient pas leurs effets en faveur de la partie privée de sorte que, afin de compenser ce déficit, les droits de participation doivent être mis en œuvre en tenant compte de la procédure dans son ensemble. Ainsi, il estime qu'un renforcement des droits de participation de l'assuré à l'administration de l'expertise, au stade de la procédure administrative déjà, est nécessaire pour garantir une procédure équitable conforme aux exigences des art. 29 al. 1 et 2 Cst. et 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101).

Dans ce contexte, le TF considère qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). Se rapportant au modèle de l'assurance-militaire, qui ne rend une décision incidente susceptible de recours que lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert (art. 93 LAM [loi fédérale

du 19 juin 1992 sur l'assurance-militaire ; RS 833.1]), le TF estime qu'il est de la responsabilité tant de l'administration que de l'assuré de parer à des alourdissements de la procédure que l'on peut éviter. Il précise qu'il convient de garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants, mieux acceptés par l'assuré. Quant aux cas où les parties ne peuvent se mettre d'accord, la jurisprudence selon laquelle une simple communication suffisait pour mettre en œuvre une expertise (ATF 132 V 93 consid. 3.4.1.1) ne peut être maintenue. Il convient plutôt, en l'absence de consensus, de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 al. 1 LPGA en conjonction avec l'art. 46 PA), sujette à recours pour tous motifs pertinents prévus par la loi, de fait ou de droit, formels ou matériels (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). En outre, une telle décision doit être rendue chaque fois qu'est prise une disposition (nomination de l'expert) qui est propre à toucher les droits de procédure de l'assuré, la mise en œuvre de l'expertise ne pouvant intervenir selon la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 al. 1 LPGA (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.8). Enfin, il convient de reconnaître à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions relatives aux experts, l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) devant lui soumettre, au moment de la décision ordonnant l'expertise, la liste des questions qu'il prévoit de soumettre à l'expert pour lui permettre de prendre position, respectivement de formuler des questions d'une manière appropriée au cas d'espèce (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9).

En d'autres termes, s'agissant de la question topique de la procédure de mise en œuvre d'une expertise médicale par l'administration, une approche de l'ATF 137 V 210 dans sa construction systématique met en évidence le raisonnement suivant. Posant pour postulat la nécessité d'écartier les risques d'atteintes au principe du procès équitable (consid. 2.5), le TF aborde la question d'un aménagement des droits de participation de l'assuré qui satisfasse aux garanties procédurales posées par la constitution fédérale et la CEDH ; estimant que l'on ne peut pas concrétiser de manière générale quels droits de participation doivent être accordés et sous quelle forme afin de garantir un procès globalement équitable, mais qu'il convient plutôt de déterminer

au regard de la procédure concrète et de ses objectifs si les buts de protection sont suffisamment matérialisés (consid. 3.4.2.2), il conclut à la nécessité de renforcer les garanties découlant du droit d'être entendu dans la procédure administrative (consid. 3.4.2.4). Dans ce contexte, le TF pose ensuite un principe (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7), avant de se livrer à l'examen des modalités de la mise en œuvre de l'expertise (consid. 3.4.2.8 et 3.4.2.9). L'injonction, clairement énoncée d'entrée, est qu'il faut d'abord, plus que jamais, privilégier la solution du choix consensuel des experts (« Unter all diesen Umständen ist zunächst, mehr als bisher der Fall, das Bestreben um eine einvernehmliche Gutachtenseinholung in den Vordergrund zu stellen »), étant précisé qu'il incombe aux deux parties que sont l'assureur et l'assuré de prévenir des suites (alourdissements) désagréables autant qu'évitables dans la procédure, un accord réciproque conduisant à des résultats probatoires plus solides et mieux acceptés. Ce n'est qu'en l'absence de consensus que le Tribunal fédéral renvoie l'assureur, non plus à une simple communication de son choix, mais à une décision formelle, incidente et sujette à un contrôle judiciaire immédiat. Le TF évoque ensuite les motifs de récusation formels et matériels que l'assuré peut invoquer à l'encontre de l'expert désigné. Quant aux modalités de la mise en œuvre de l'expertise, examinées dans un troisième temps, le TF énonce successivement la nécessité de rendre une décision incidente pour chaque disposition prise qui serait propre à toucher les droits de procédure de l'assuré, l'exclusion du recours à la procédure simplifiée, la nécessité d'accorder à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions relatives aux experts, le fait d'accorder à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions à soumettre à l'expert et l'obligation pour l'OAI de lui soumettre la liste de ces questions en même temps que la décision de mise en œuvre de l'expertise.

**3.5** Dans son arrêt de principe subséquent du 3 juillet 2013 (cf. ATF 139 V 349), le TF a déclaré que ce qui vient d'être exposé (ci-dessus au consid. 3.4) est en principe aussi applicable aux expertises mono- et bidisciplinaires, dont il est question en l'occurrence. Contrairement aux expertises pluridisciplinaires, un principe aléatoire d'attribution des

mandats d'expertise n'était pas prévu par l'administration. Selon le TF, il n'était toutefois pas nécessaire de compenser ce manque d'élément aléatoire en permettant à l'assuré de faire valoir des critiques d'ordre général, détaché du cas d'espèce (all. : « einzelfallunabhängige, allgemein-strukturelle Erwendungen »). Ainsi, il n'y a pas lieu d'admettre des objections qui soulèvent que des tribunaux n'auraient, par le passé et pour des raisons d'ordre général (all. : « aus verallgemeinerungsfähigen Gründen »), pas suivi les conclusions d'un expert proposé. Des objections « typiques » de ce genre ne pourraient régulièrement pas être confirmée ou infirmée avec un effort raisonnable (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2.1). A l'occasion de la mise en œuvre d'expertises mono- et bidisciplinaires, il faut procéder de manière consensuelle dans le cadre d'objections licites ; ce n'est alors que lorsqu'un consensus s'avère irréalisable, que l'autorité doit rendre une décision incidente au sujet de l'expertise (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2.3). De ce qui précède dans cet arrêt, il doit être déduit que dans la mesure où il n'y a pas d'objection licite de l'assuré, l'administration peut procéder tel qu'elle a elle-même proposé, certes en respectant les principes exposés par le TF et qui découle du droit de participation du justiciable notamment selon l'art. 29 Cst. L'assuré n'a entre autres pas un droit de veto et encore moins un droit à ce que ses contre-propositions soient suivies, dans la mesure où il ne peut pas faire valoir d'objection licite contre les propositions de l'administration (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.2.1 concernant le point de vue de l'assuré que le TF n'a pas suivi ).

**4.** Dès lors, il y a lieu de retenir ce qui suit en l'espèce :

**4.1** Concernant le Dr M.\_\_\_\_\_, la recourante a uniquement fait valoir qu'on le lui avait vivement déconseillé au moment où elle cherchait un médecin traitant. Cet argument d'ordre général n'est pas susceptible de présenter une objection licite au sens de la jurisprudence susmentionnée. Même lorsque l'administration avait réagi en disant que cela n'était pas un « motif valable de récusation », l'assurée n'a livré aucune précision. On ne sait déjà même pas ce que la recourante reproche à ce médecin, par exemple un manque de compétences

professionnelles ou sa façon dans le contact avec les patients. On ne sait pas non plus sur quels faits reposent d'éventuels reproches et quels moyens de preuve existant à cet égard. Comme le remarque l'intimée, à juste titre, on ne peut pas non plus déduire du fait que quelqu'un ne soit pas apprécié comme médecin traitant, qu'il soit également inapte à réaliser une expertise médicale. La recourante ne livre aucun élément objectif pour fonder sa méfiance à l'égard du Dr M.\_\_\_\_\_, et on n'en distingue pas non plus à l'étude du dossier. Les seules impressions de la recourante ou de tierces personnes ne suffisent pas pour justifier un motif de récusation (cf. TFA I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 3.2.1). Dans son courrier du 23 août 2013, la recourante avait, en outre, expliqué qu'elle avait accumulé de très mauvaises expériences avec les médecins fonctionnant habituellement comme médecin-conseil des assurances. Le fait qu'un médecin soit choisi régulièrement par les organes des assurances sociales pour établir des expertises, ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité d'un expert (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4 et les références ; TFA I 14/04 cité consid. 3.2.2 et TFA I 218/00 du 14 juin 2000 consid. 4b). Par ailleurs, la recourante se contredit d'une certaine manière, lorsqu'elle propose elle-même un médecin qui, selon ses dires, effectuait lui-même, respectivement son service, régulièrement des mandats d'expertise pour divers assureurs. De plus, la jurisprudence du Tribunal fédéral permet même de procéder à des expertises par des médecins internes à l'assureur (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Au vu de qui précède, ce n'est pas au Tribunal d'instruire plus en avant d'éventuels motifs de récusation.

**4.2** N'ayant aucune objection licite contre la désignation du Dr M.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert, la recourante ne peut pas demander à ce qu'il soit écarté, voire même remplacer par un des médecins qu'elle a proposé.

Par ailleurs, on ne peut reprocher à l'intimée d'avoir violé lors de la mise en œuvre de l'expertise les principes selon la jurisprudence (notamment ATF 137 V 210 et ATF 139 V 349). La recourante fait valoir

que le choix de la personne de l'expert n'était finalement pas consensuel, puisqu'elle ne voulait pas la désignation du Dr M.\_\_\_\_\_, et que l'intimée n'avait à son tour pas évoqué de motifs de récusation contre les médecins qu'elle avait évoqué dans sa contre-proposition.

Certes, dans le but d'une meilleure acceptation de l'expertise et de son résultat, il serait préférable que les deux parties soient d'accord avec le choix de l'expert à mandater. Dans cette mesure, on pourrait recommander à l'administration de s'entendre avec l'assuré sur le nom de l'expert et de prendre en considération ses propositions d'expert, aussi afin d'éviter par la suite d'éventuelles procédures judiciaires. Partant de la jurisprudence du Tribunal fédéral susmentionnée, il n'est toutefois pas nécessaire que le choix de l'expert soit consensuel dans le sens d'un accord réciproque des parties, surtout lorsqu'il n'y a, comme en l'espèce, pas d'objection licite contre tous les experts proposés par l'assureur. Cette solution paraît admissible, aussi pour éviter un éventuel blocage lorsque les parties n'arrivent pas à s'entendre sur le nom d'un expert. Pour le reste, le Tribunal fédéral n'a pas non plus demandé que l'assureur soit à son tour obligé de présenter des motifs de récusation contre les experts proposés par l'assuré. Aussi, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'a pas à substituer son pouvoir d'appréciation à celui de l'assureur en procédant lui-même à la désignation d'un expert en cas de désaccord des parties, ni même à tenter de les concilier sur le choix de l'expert (cf. arrêt Casso AI 143/12 du 26 août 2013 consid. 4a-c rendu à la suite d'une concertation entre tous les juges de la Cour selon l'art. 38 ROTC).

**5.** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable (cf. ci-dessus consid. 1.1.2), et la décision attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice ni d'allouer des dépens, vu le sort de la cause (cf. art. 61 let. a et g LPGA).

Contrairement à ce qu'a demandé l'intimée, cette dernière n'a pas non plus droit à des dépens. D'une part, elle n'est pas recourante et l'art. 61 let. g LPGA ne prévoit une indemnité que pour la partie recourante (qui obtient gain de cause) ; d'autre part l'intimée agit comme assurance sociale. Finalement, on ne peut pas non plus reprocher à la recourante d'avoir procédé de manière téméraire ou témoignant de légèreté (cf. ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 2 septembre 2013 par S.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Mme Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour A.\_\_\_\_\_),
- S.\_\_\_\_\_,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :