

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

L._____, à Lausanne, intimée.

Art. 74 et 75 LPA-VD, 36 al. 1, 43 al. 1, 44 LPGA, 10 PA et 34 LTF

E n f a i t :

a) Q._____ (l'assuré ou le recourant), né en 1989, exerce la profession de trader auprès de la société Z._____. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès d'L._____ (ci-après : L._____).

b) Le 10 décembre 2015, il a été victime d'un accident - une chute dans des escaliers - qui a entraîné une hospitalisation du 14 au 18 décembre 2015 au sein du service de neurochirurgie de l'Hôpital de N._____. Les diagnostics suivants ont été posés :

"Medio-linkslaterale sequestrierte Diskushernie LWK5/SWK1 mit Tangierung der linken L5 Wurzel und der linken S1 Wurzel mit hochakutem sensomotorischem Ausfall links ED 14.12.2015
- Nach Sturz am 10.12.2015
- CT LWS 14.12.2015 (extern): keine Fraktur, kleine Diskushernie L5-S1 paramedian links und intraforaminär
- MRI LWS vom 14.12.2015: Medio-linkslaterale, sequestrierte Diskushernie LWK5/SWK1 mit Tangierung der linken L5 Wurzel und der linken S1 Wurzel"

Le 15 décembre 2015, l'assuré a subi une fenestration interlaminaire L5/S1 avec séquestrectomie et microdiscectomie.

Par formulaire rempli le 6 avril 2016, l'assuré a indiqué que le traitement avait, à l'exception de séances de physiothérapie qui s'étaient poursuivies jusqu'à la fin du mois de juillet 2016, pris fin le 20 janvier 2016 et qu'il avait repris le travail à 100 % à compter du 25 janvier 2016.

c) Le 19 août 2016, Q._____ a ressenti un blocage intense et douloureux au niveau du bas du dos après un mouvement de rotation du tronc effectué en jouant au golf.

L'assuré a été hospitalisé du 21 août au 9 septembre 2016 au sein du service de rhumatologie du Centre hospitalier E._____ (E._____), où a été posé le diagnostic de lombo-sciatalgie L5 sur

protrusion discale L5-S1 et remaniements inflammatoires L5-S1-S2 à gauche, avec déficit de force du releveur de l'hallux et pied gauche, transitoire, et hypoesthésie tronquée dans le territoire L5 G.

Par formulaire rempli le 13 octobre 2016, l'assuré a indiqué qu'il avait repris son activité en plein temps à compter du 3 octobre 2016.

d) Le 18 novembre 2016, l'employeur a annoncé une rechute de l'accident du 10 décembre 2015. Il était précisé que Q._____ : *"a une hernie discale. Il n'y a pas eu d'élément déclencheur pour cette rechute. La douleur est revenue et il va sans doute être opéré à nouveau"*.

D'après les résultats d'une IRM réalisée le 30 novembre 2016, l'assuré présentait une discopathie L5-S1 avec une hernie discale sous-ligamentaire de topographie médiane et un prolapsus du disque en foraminaux gauche. Un rehaussement inflammatoire était visible autour de l'émergence S1 gauche.

Après avoir recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré (rapports des docteurs M._____ du 5 décembre 2016 et X._____ du 14 décembre 2016), L._____ a, par décision du 3 janvier 2017, nié l'existence d'une rechute et, partant, refusé d'allouer ses prestations, au motif que les troubles dont il souffrait n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 10 décembre 2015.

A la suite de l'opposition formée par l'assuré, L._____ a, sur la base des rapports médicaux des docteurs X._____ du 12 janvier 2017 et W._____ du 25 janvier 2017, ainsi que sur l'avis médical de son médecin-conseil, le docteur R._____, informé l'assuré qu'elle entendait confier la réalisation d'une expertise neurologique au docteur S._____.

Par courrier du 6 mars 2017, Q._____ s'est opposé à la désignation du docteur S._____, au motif qu'il convenait de confier la réalisation d'une expertise à un spécialiste en neurochirurgie.

Par décision du 21 mars 2017, L._____ a confirmé sa volonté de vouloir confier la réalisation de l'expertise médicale au docteur S._____.

B.

a) Par acte du 20 avril 2017, Q._____ a recouru contre la décision du 21 mars 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que l'expertise médicale soit confiée à un neurochirurgien disposant de connaissances et d'une expérience approfondie en matière de chirurgie de la colonne vertébrale. A son avis, le fait que tous les médecins qui avaient jusqu'à ce jour été en charge du traitement de ses troubles lombaires disposaient d'une spécialisation en neurochirurgie démontrait que l'expert qui devait être désigné devait impérativement disposer d'une solide formation théorique dans ce domaine et pouvoir justifier d'une expérience pratique de plusieurs années en neurochirurgie de la colonne vertébrale. Or tel n'était à l'évidence pas le cas du médecin désigné par L._____.

b) Dans sa réponse du 23 mai 2017, L._____ a conclu au rejet du recours. En substance, elle estimait que les arguments avancés par Q._____, principalement fondés sur un avis de son médecin traitant, le docteur W._____, n'étaient pas suffisants pour remettre en question le choix du docteur S._____. Dès lors que ce médecin était un éminent spécialiste en neurologie, qu'il était expert certifié SIM et qu'il était également appelé en qualité d'expert judiciaire par divers tribunaux, il n'y avait aucun doute quant à ses compétences professionnelles.

c) Dans sa réplique du 13 juin 2017, Q._____ a apporté des explications complémentaires au sujet de divers allégués d'L._____ et produit une prise de position du docteur A._____, spécialiste en neurochirurgie, établie à la demande de son mandataire, dont la teneur était la suivante :

"Je pense que votre client et patient devrait subir une expertise d'un spécialiste de la colonne, qu'il soit neurochirurgien ou orthopédiste ;

un neurologue n'a aucune espèce de qualification pour juger de la nature traumatique ou non d'une hernie discale."

d) Dans sa duplique du 29 juin 2017, L._____ a indiqué que l'avis du docteur A._____ n'était pas pertinent, dans la mesure où ce médecin ne faisait que mentionner l'incompétence du docteur S._____, sans donner aucun argument pour justifier l'incompétence d'un neurologue au sujet d'un problème de hernie discale.

e) Dans ses déterminations du 3 août 2017, Q._____ a produit une nouvelle prise de position du docteur A._____ dont la teneur était la suivante :

"J'ignorais au moment où vous m'aviez posé la question qu'une expertise avait déjà été effectuée. Je maintiens néanmoins mon avis et mon opinion sans que cela soit une critique directe du Docteur S._____.

Mais puisque cela semble choquer vos interlocuteurs, je vais préciser la raison de ma pensée. Je me base sur les compétences théoriques et pratiques qui sont demandées en formation post-graduée en neurologie et en neurochirurgie.

A aucun moment sur les compétences théoriques et pratiques de la neurologie il n'est fait mention de la physiopathologie du disque, il est très spécifiquement demandé des connaissances spinales pour le neurochirurgien en particulier par exemple les résultats d'IRM d'une hernie discale traumatique."

g) Dans ses déterminations du 21 août 2017, L._____ a, en se référant à un avis de son médecin-conseil, le docteur R._____, relevé que le point de vue du docteur A._____ était "totalement fallacieux" et qu'il n'y avait pas de preuve probante qu'un expert neurologue ne puisse pas effectuer ce mandat.

h) Par écriture du 28 août 2017, Q._____ a renoncé à prendre position sur les déterminations d'L._____ du 21 août 2017.

E n d r o i t :

1.

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA). Cette disposition vise les décisions incidentes telles que, par exemple, celles relatives à la consultation du dossier, la suspension de la procédure, la récusation ou l'assistance judiciaire (cf. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd. 2015, n. 47 ad art. 52 LPGA). Constituent également des décisions d'ordonnancement de la procédure les décisions relatives à la mise en œuvre d'une expertise telle que, par exemple, celles concernant le choix de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7).

En vertu des art. 74 et 75 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, le recourant doit, pour pouvoir recourir en instance cantonale à l'encontre de telles décisions, non seulement disposer d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée, mais il faut de surcroît que les décisions incidentes notifiées séparément puissent causer un préjudice irréparable au recourant. Selon la jurisprudence, l'assuré qui, faute de consensus, entend contester la mise en œuvre d'une expertise médicale satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable nécessaires (ATF 139 V 339 consid. 4.4, 138 V 271 consid. 1, 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2.

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, l'expertise n'est pas contestée dans son principe, mais uniquement dans sa mise en œuvre. Est plus particulièrement litigieuse la question de savoir de quelle spécialité médicale doit relever l'expert chargé de mener à bien l'expertise.

3.

a) 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.

b) 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.

c) Si l'assureur ne donne suite qu'en partie ou pas du tout aux objections éventuelles de l'assuré, il rend alors une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances ou du Tribunal administratif fédéral dans laquelle il indique le type d'expertise qu'il entend mettre en œuvre, la ou les discipline(s) médicale(s) prévue(s), le nom de l'expert ou des experts désigné(s), les questions posées et les raisons pour lesquelles il n'a pas été tenu compte des objections soulevées (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

d) L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la mise en œuvre d'une expertise. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) 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 (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C_678/2014 du 23

octobre 2014 consid. 3.3.1, 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1).

4.

En l'espèce, l'expertise porte sur le point de savoir s'il existe une relation de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et le dommage à la santé provoqué par l'accident du 10 décembre 2015. La réponse à cette question nécessite avant tout des connaissances en matière de diagnostic et d'étiopathogénèse des hernies discales plus que des connaissances en matière de traitement chirurgical de ce type d'affection. Dans ces conditions, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles un neurologue, en tant que spécialiste des affections du système nerveux, ne disposerait pas des connaissances théoriques et pratiques pour se prononcer sur la problématique du recourant. Les explications fournies par les docteurs W._____ et A._____ en cours de procédure ne sont pas suffisamment motivées pour se convaincre qu'un neurologue ne disposerait pas des compétences pour réaliser une telle expertise. Contrairement à ce que soutient le docteur A._____, la formation de spécialiste en neurologie comprend la connaissance de l'épidémiologie, de l'étiologie, de la génétique, de la pathogénèse et du pronostic de l'ensemble des troubles neurologiques (Programme de formation postgraduée de spécialiste en neurologie, p. 11, disponible sur www.siwf.ch), lesquels comprennent à l'évidence les atteintes des nerfs périphériques, des racines nerveuses ou des jonctions neuromusculaires, telles que hernie discale, myasthénie et myopathies, paralysie ou encore sciatiques. Au surplus, il convient d'ajouter que dans l'hypothèse où l'expertise du docteur S._____ devrait présenter des carences manifestes, le recourant aura tout loisir de le signaler à l'assureur et de requérir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Partant, rien ne s'oppose à la désignation du docteur S._____ en qualité d'expert.

5.

a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais, (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicables par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision incidente rendue le 21 mars 2017 par L. _____ 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 :

- Me Charles Guerry, avocat à Fribourg (pour le recourant),
- L. _____, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :