

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

M. _____ [...], à [...], intimée.

Art. 4 et 36 LPGA ; art. 6 LAA.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, travaillait depuis le 1^{er} janvier 2018 en qualité de pâtissier-confiseur pour le compte de la société [...] Sàrl. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de M._____ [...] (ci-après : M._____ ou l'intimée).

En date du 5 août 2018, l'assuré a chuté à vélo et s'est réceptionné sur l'épaule droite. Il en est résulté une fracture non déplacée du trochiter droit et une fracture de l'extrémité dorsale du radius gauche.

S'étant vu annoncer le cas, M._____ l'a soumis au Dr D._____, médecin-conseil et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce dernier a conclu à un lien de causalité certain entre les fractures susdites et l'événement du 5 août 2018, une reprise d'activité pouvant être escomptée pour fin 2018 (avis des 29 octobre et 26 novembre 2018).

Par compte-rendu du 9 janvier 2019, le Service d'orthopédie et traumatologie Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier P._____) a informé M._____ de l'évolution défavorable du cas. En annexe figurait un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 5 septembre 2018, concluant à une fracture de la grande tubérosité non déplacée, ainsi qu'à une fissure intra-substance du tendon sus-épineux (de moins de 50 %) et du tendon infra-épineux.

L'assuré a parallèlement été pris en charge par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans ce contexte, une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 8 janvier 2019 a mis en évidence une déchirure partielle de la face profonde, distale et postérieure du tendon supra-épineux prenant 30 à 40% de l'épaisseur du tendon, une bursite sous-acromio-deltaïdienne modérée, une tendinopathie débutante du long chef du biceps en intra-articulaire, une déchirure interstitielle de la partie haute du tendon sous-

scapulaire, une déchirure du labrum de type SLAP II A, ainsi qu'un status post fracture du trochiter d'aspect bien consolidé et non déplacée.

Dans un rapport du 9 janvier 2019, le Dr V. _____ a fait état d'une fracture du trochiter non déplacée post-traumatique de l'épaule droite avec lésion partielle du tendon supra-épineux droit, tendinopathie du long chef du biceps et lésion labrale de type SLAP. Il a signalé une évolution stagnante avec des douleurs ayant empêché la reprise du travail depuis la date de l'accident.

Compte tenu de la persistance de la symptomatologie douloureuse de l'épaule droite, le Dr V. _____ a réalisé une prise en charge arthroscopique le 6 février 2019, sous la forme d'une suture du sus-épineux et ténotomie du long chef du biceps.

Par avis du 28 janvier 2019, le Dr D. _____ a situé le *statu quo sine* au plus tard à l'arthro-IRM du 8 janvier 2019, qui montrait que la fracture du trochiter était guérie et que le reste était dégénératif.

Par décision du 6 février 2019, M. _____, se fondant sur l'appréciation du Dr D. _____, a signifié à l'assuré la prise en charge des prestations légales jusqu'au 8 janvier 2019 inclus, les traitements au-delà de cette date n'étant en revanche plus en rapport avec l'événement du 5 août 2018.

L'assuré, sous la plume de sa protection juridique, a fait opposition à cette décision par écriture du 25 février 2019, complétée le 25 mars suivant. Dans ce cadre, il a notamment produit un rapport du Dr V. _____ du 6 mars 2019 considérant que l'étiologie traumatique de la lésion tendineuse semblait être la plus vraisemblable.

Par avis du 14 juin 2019, le Dr D. _____ a notamment observé que l'arthro-IRM du 8 janvier 2019 avait mis en évidence de nouvelles lésions (« *sous scapulaire partiel, tendinopathie du LCB et SLAP* ») qui n'étaient pas présentes juste après le traumatisme et qui,

compte tenu du travail physique du patient, plaident en faveur d'une évolution chronique révélée mais non provoquée par le traumatisme.

Par écriture du 22 juillet 2019, l'assuré a renvoyé à un compte-rendu du Dr V._____ du 6 juillet 2019 aux termes duquel ce dernier maintenait son appréciation et estimait notamment que la mise en évidence de la lésion partielle du tendon sous-scapulaire, de la tendinopathie du long chef du biceps et de la lésion de type SLAP était probablement en lien avec une meilleure sensibilité de l'imagerie du 8 janvier 2019 par rapport à celle du 5 septembre 2018.

Se prononçant le 26 juillet 2019 sur l'avis précité du Dr V._____, le Dr D._____ a conclu à l'absence d'argument probant mais, « *vu le contexte* », a préconisé la mise en œuvre d'une expertise qu'il proposait de confier au Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, au Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ou au Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par communication du 16 août 2019, M._____ a informé l'assuré qu'une expertise était mise en œuvre auprès de l'expert Q._____ et que l'examen y relatif interviendrait le 11 septembre 2019, un délai au 6 septembre 2019 étant imparti à l'intéressé pour faire part d'éventuelles remarques, objections ou questions complémentaires.

Dans son rapport du 12 novembre 2019, l'expert Q._____ a posé les diagnostics de maladie de Südeck post-opératoire de l'épaule droite, de status après ténotomie du long biceps et suture du sus-épineux droit le 6 juin 2019 pour une tendinopathie interstitielle de ce dernier, ainsi que de status après chute à vélo le 5 août 2018 avec fractures peu déplacées du trochiter droit et du radius distal gauche, fractures guéries sans séquelles vers la fin de l'année 2018. Pour le reste, l'expert a estimé que le *statu quo sine* avait été retrouvé avant l'opération de l'épaule droite que, contrairement à la fracture *in situ* du trochiter, l'état de la

coiffe des rotateurs n'était manifestement pas en lien de causalité naturelle avec l'accident mais avec un état pathologique préexistant. Relevant par ailleurs que l'assuré était suivi depuis le 10 septembre 2019 par le Dr N. _____ (spécialiste en médecine physique et réadaptation) et que ce médecin suspectait l'existence d'un syndrome du défilé thoracique neurogène, l'expert Q. _____ a précisé que ce syndrome ne pouvait pas être confirmé dans la mesure où les tests effectués étaient négatifs.

Par écriture du 28 janvier 2020, l'assuré a contesté les conclusions de l'expert Q. _____. Dans ce contexte, il a notamment produit un rapport du Dr V. _____ du 3 décembre 2019 imputant une origine traumatique aux troubles de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'un rapport du Dr N. _____ du 10 décembre 2019 concluant à un syndrome du défilé thoracique neurologique des suites de l'atteinte à l'épaule droite et à un syndrome douloureux régional complexe pré-opératoire.

Dans un complément d'expertise du 10 mars 2020, le Dr Q. _____ a considéré que les Drs V. _____ et N. _____ n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier ses conclusions.

Par courrier électronique du 8 mai 2020, l'assuré a contesté l'appréciation de l'expert Q. _____ et produit un rapport d'expertise établi le 5 février 2020 par le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, sur mandat de l'assureur perte de gain F. _____ SA. Dans ce rapport, le Dr B. _____ estimait en particulier que les derniers examens réalisés évoquaient davantage une capsulite rétractile postopératoire qu'un syndrome douloureux régional complexe.

Par avis du 27 mai 2020, le Dr D. _____ s'est rallié à l'expertise du Dr B. _____ pour retenir que le problème actuel était lié à une capsulite rétractile secondaire post-opératoire plutôt qu'à un syndrome douloureux régional complexe, même si celui-ci ne pouvait pas être formellement exclu. Le Dr D. _____ a toutefois souligné que cette expertise ne se prononçait pas sur la causalité naturelle entre l'accident et

les troubles de l'épaule. Pour le reste, il a maintenu sa position et écarté les appréciations des Drs V. _____ et N. _____.

Par décision sur opposition du 14 juillet 2020, M. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 6 février 2019. Dans sa motivation, l'assurance a retenu que l'expert Q. _____ et le médecin-conseil D. _____ aboutissaient à des résultats convaincants et qu'il n'y avait, en conséquence, aucune raison de s'en écarter malgré les avis divergents exprimés par les Drs V. _____ et N. _____.

Lors d'un entretien téléphonique du 24 juillet 2020, Me Alexandre Guyaz, nouveau conseil de l'assuré, a critiqué l'octroi de mandats d'expertise au Dr Q. _____ alors même que ce médecin et le Dr D. _____ étaient associés. Répondant par voie électronique le 28 juillet 2020, l'assurance a renvoyé à un arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal valaisan du 13 mars 2013 « *confirm[ant] l'indépendance et l'impartialité du Dr Q. _____* ». Dans un courrier électronique du 29 juillet 2020, le mandataire de l'assuré a maintenu sa position.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, T. _____ a recouru le 8 septembre 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi des prestations légales en lien avec l'accident du 5 août 2018 au-delà du 8 janvier 2019, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Sur le plan de l'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, l'audition des Drs D. _____ et Q. _____, ainsi que la production par l'intimée d'une liste anonymisée de toutes les expertises confiées au Dr Q. _____ depuis 2010. Dans ses motifs, le recourant a contesté l'impartialité de l'expert Q. _____ en tant qu'associé du Dr D. _____ et estimé que l'on pouvait d'autant plus conclure à une « *expertise de complaisance* » que l'expert Q. _____ était spécialisé dans les affections de la main et du poignet mais pas dans les troubles de

l'épaule. Par ailleurs, l'intéressé a estimé que l'on ne pouvait lui reprocher d'avoir tardé à se prévaloir d'un motif de récusation dans la mesure où son conseil actuel n'avait pris connaissance du dossier qu'en juillet 2020. Pour le reste, le recourant a critiqué la valeur probante de l'expertise du Dr Q._____ et lui a opposé l'appréciation du Dr V._____ (*« l'un des grands spécialistes de l'épaule »*), l'avis du Dr N._____ et l'expertise du B._____. A l'appui de ses dires, le recourant a notamment produit divers extraits tirés d'internet relatifs aux cabinets des Drs D._____, Q._____ et V._____.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 5 novembre 2020 et requis, pour le cas où l'audition du Dr V._____ serait ordonnée, celle des Drs D._____ et Q._____. M._____ a en particulier relevé que le recourant était forclos d'invoquer des motifs de récusation dans la mesure où, bien qu'au courant des rôles respectifs des Drs Q._____ et D._____ dans son dossier et n'ayant pu ignorer que ces derniers partageaient les mêmes locaux (*« le nom du Dr D._____ figur[ant] également sur la porte d'entrée »*), il n'avait formulé des objections qu'une fois connues les conclusions de l'expertise et parce que celles-ci ne lui convenaient pas. Les affirmations de l'assuré quant à l'impact de la relation entre ces deux médecins étaient en outre gratuites et dépourvues de fondement, ainsi qu'il résultait d'une prise de position du Dr D._____ du 2 novembre 2020. A cela s'ajoutait que le choix de confier des expertises au Dr Q._____ ne contrevenait pas à la jurisprudence topique, étant souligné que l'arrêt du 13 mars 2013 communiqué au recourant avait été confirmé par le Tribunal fédéral. Cela étant, l'intimée a déclaré s'opposer à la production d'une liste anonymisée des expertises confiées au Dr Q._____ depuis 2010. Pour le reste, M._____ a considéré que les appréciations émises par l'expert Q._____ et le Dr D._____, pleinement probantes, l'emportaient sur l'avis du Dr V._____.

S'agissant de la prise de position susdite du 2 novembre 2020, dépourvue de signature, on en extrait ce qui suit :

"Je précise que je ne suis pas l'associé du Dr Q._____. Notre cabinet n'est pas une S[à]rl ou SA. Nous ne faisons que partager les locaux et les frais qui en découlent, mais notre travail et nos revenus sont indépendants.

Ceci signifie que je ne suis pas impliqué dans les choix et décisions de mon confrère, que cela soit concernant [s]es patients ou [s]es expertises.

De plus, je rappelle que le monde de l'orthopédie [...] est petit. Cela signifie que j'ai travaillé en hôpital avec les trois[-]quarts des chirurgiens installés. A titre d'exemple, le Dr V._____ a été mon assistant.

[...]"

Aux termes de sa réplique du 23 décembre 2020, T._____ a confirmé ses conclusions et requis l'audition en tant que témoin du Dr V._____. Le recourant a en particulier argué qu'il n'avait pas à se douter du lien économique entre les Drs D._____ et Q._____ - associés au sens technique du terme - et qu'il n'avait notamment pas à se livrer à des recherches approfondies sur la personne de l'expert proposé par l'intimée ; aussi la requête tendant à la récusation de l'expert Q._____ avait-elle été déposée en temps utile. L'assuré a par ailleurs fait valoir que le « *mémo* » du 2 novembre 2020 n'était pas signé et qu'il n'avait pas eu la faculté de poser des questions complémentaires au témoin, si bien que ce document n'était pas recevable. Il a par ailleurs contesté le contenu de ce « *mémo* ».

Dupliquant le 14 janvier 2021, l'intimé a maintenu sa position et s'est notamment référée à une note manuscrite du Dr D._____ du 11 janvier 2021. Aux termes de ce document, ce médecin exposait en particulier être l'auteur du courrier du 2 novembre 2020.

Par acte du 26 janvier 2021, le recourant a persisté dans son argumentation, contestant en particulier le dépôt en procédure judiciaire des témoignages écrits du Dr D._____ des 2 novembre 2020 et 11 janvier 2021 en tant que ce procédé le privait - tout comme le Tribunal - de la faculté de poser toutes questions utiles aux médecins concernés quant à leurs relations professionnelles.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile - compte tenu des fériés estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 8 janvier 2019, à raison de l'accident subi le 5 août 2018.

3. A titre préalable, le recourant conteste la recevabilité des écrits du Dr D._____ des 2 novembre 2020 et 11 janvier 2021, versés par M._____ dans le cadre de la présente procédure judiciaire. L'intéressé fait plus particulièrement valoir qu'il s'agit de témoignages écrits dont la production céans le prive - tout comme le Tribunal - de la faculté de poser des questions complémentaires conformément aux art. 169 ss CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 101) (cf. réplique du 23 décembre 2020 p. 3 et déterminations du 26 janvier 2021).

On relèvera toutefois, d'une part, que même en procédure civile, les dépositions écrites de témoins préparées en vue d'un procès sont généralement admises en tant que titres (art. 177 ss CPC) et que le

tribunal peut en outre, à la place de l'audition de témoins, requérir des renseignements écrits de personnes dont la comparution à titre de témoin ne semble pas nécessaire (art. 190 al. 2 CPC) (François Vouilloz, Les renseignements écrits - Les dépositions écrites, *in* Julsetter du 15 août 2016, p. 7 ss). Le principe de l'audition de témoins selon les art. 169 ss CPC n'est donc pas absolu. D'autre part et surtout, il y a lieu de rappeler que ces dispositions de procédure civiles sont applicables par analogie en procédure administrative, en vertu de l'art. 32 LPA-VD. Or, dans un tel cas de renvoi analogique, le tribunal concerné n'est pas tenu strictement par les dispositions de la procédure civile mais dispose au contraire d'une certaine marge de manœuvre lorsqu'il les applique (TF 2C_762/2009 du 11 février 2010 consid. 5.2 et les références citées). Il lui faut, notamment, prendre en considération les spécificités de la procédure administrative, en principe écrite (art. 27 al. 1 LPA-VD), et plus spécifiquement du contentieux en matière d'assurances sociales, soumis à la maxime inquisitoire et régi par le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA) en ce sens que la procédure n'obéit pas à des règles de preuve légales prescrivant à quelles conditions l'autorité devrait admettre que la preuve a abouti et quelle valeur probante elle devrait reconnaître aux différents moyens de preuve les uns par rapport aux autres (TF 5A.12/2006 du 23 août 2006 consid. 2.3).

Cela étant, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il se contente d'invoquer abstraitement des règles générales de procédure civile sans égard à la présente situation, soit celle d'un recours de droit administratif en matière d'assurances sociales. Ce faisant, l'intéressé ne fait valoir aucun obstacle dirimant à la recevabilité des déclarations écrites du Dr D._____. Force est en particulier de constater que ces documents - qu'ils soient considérés comme des dépositions écrites ou des allégués de partie - ont dûment été portés à la connaissance du recourant et que celui-ci a eu tout le loisir de se positionner à leur égard, que ce soit sous l'angle des relations entre les Drs D._____ et Q._____ ou de l'aspect strictement médical (cf. réplique du 23 décembre 2020 et déterminations du 26 janvier 2021). Tout au plus relèvera-t-on encore que, quand bien même l'avis du 2 novembre 2020 n'est pas signé (cf. réplique du 23

décembre 2020 p. 3), le Dr D._____ a précisé le 11 janvier 2021 qu'il en était bien l'auteur, ce dont le Tribunal ne voit aucune raison de douter.

Il découle de ce qui précède que les écrits du Dr D._____ des 2 novembre 2020 et 11 janvier 2021 doivent donc être considérés comme recevables.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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. 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

bb) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit

prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. a et f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de fractures et de déchirures de tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prêter ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prêter s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF

125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

5. Pour statuer sur le droit aux prestations du recourant des suites de la chute à vélo survenue le 5 août 2018, l'intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise rendu le 12 novembre 2019 par le Dr Q. _____ et son complément du 10 mars 2020.

Le recourant, quant à lui, conteste la valeur probante de cette expertise en mettant notamment en cause l'impartialité de l'expert Q. _____, dans la mesure où ce dernier et le Dr D. _____ œuvrent au sein d'un cabinet de groupe.

a) L'art. 44 LPGA prévoit que 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, lesquelles peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. La communication du nom de l'expert doit permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation. Lorsque l'intéressé soulève des objections quant à la personne de l'expert, l'assureur doit se prononcer à leur sujet avant le commencement de l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 et les références citées). Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, le motif de récusation doit être invoqué dès que possible - soit, en principe, dès que le plaideur a connaissance du motif, faute de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir. Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument du motif de récusation qui était connu auparavant (Jacques Olivier Piguet, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 47 ad art. 44 LPGA). Une violation des règles relatives à la récusation peut néanmoins être constatée d'office, notamment dans le contexte de l'appréciation de la valeur probante d'un rapport d'expertise. Mais sauf cas grave, le juge ne devrait pas être tenu de compléter

l'instruction pour vérifier le bien-fondé d'un tel grief lorsqu'il est soulevé tardivement (Jean Métral, *in* Dupont/Moser-Szeless, op. cit., n° 33 ad art. 56 LPGA).

En l'occurrence, il y a lieu d'admettre que le motif de récusation n'a pas été invoqué tardivement. A cet égard, force est de souligner que le recourant n'avait aucune obligation générale - légale ou jurisprudentielle - d'effectuer des recherches quant à la personne de l'expert, singulièrement quant aux liens entretenus par ce dernier avec d'autres praticiens et avec le Dr D. _____ plus spécifiquement. On ne saurait, en outre, reprocher à l'assuré de ne pas avoir immédiatement réagi lorsqu'il s'est rendu dans les locaux partagés par les Drs Q. _____ et D. _____ le jour de l'expertise, le 11 septembre 2019. En l'état du dossier, rien ne tend en effet à démontrer que la configuration des locaux permettait d'identifier clairement ses occupants et de reconnaître parmi eux le médecin-conseil de l'intimée. Ce constat demeure inchangé quand bien même le nom des Drs D. _____ et Q. _____ figurerait à l'entrée du cabinet. A ce propos, il faut relever que le recourant n'a jamais été examiné personnellement par le Dr D. _____ et qu'il a tout au plus eu connaissance du nom de celui-ci à la lecture des certaines correspondances de M. _____ (notamment un courrier du 17 décembre 2018 et la décision du 6 février 2019, adressés à l'assuré alors non représenté) largement antérieures à l'expertise. De telles circonstances n'étaient à l'évidence pas propres à lui faire garder en mémoire l'identité exacte du médecin-conseil de l'intimée, ni à faire le rapprochement avec le Dr D. _____ le jour de l'expertise. Ce rapprochement n'a, en définitive, été fait que fortuitement, à la faveur d'un changement de mandataire dans les suites de la décision sur opposition du 14 juillet 2020, après quoi le motif de récusation en découlant a été directement invoqué devant M. _____ puis auprès de la Cour de céans - soit un enchaînement chronologique qui n'apparaît en rien contraire au principe de la bonne foi.

En tout état de cause, même à supposer que les circonstances décrites ci-dessus soient constitutives d'un motif de récusation invoqué tardivement, il reste que ce retard ne serait pas imputable à un

comportement délibéré du recourant qui aurait patienté jusqu'à la présente procédure pour se prévaloir d'un grief déjà connu auparavant ; sous cet angle, il y a lieu de reconnaître la bonne foi subjective de l'intéressé. En outre, les éléments au dossier démontrent sans équivoque que le motif de récusation invoqué à l'encontre de l'expert Q._____ s'avère manifestement bien fondé (cf. consid. 5b infra). Dans ces conditions, la Cour de céans serait quoi qu'il en soit habilitée à se saisir d'office de la question, nonobstant l'éventuelle tardiveté du grief.

b) Sont de nature formelle les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (art. 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA) parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Ainsi, 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 (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité; TF 9C_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.2 et les références citées).

En l'espèce, le recourant met en cause l'impartialité de l'expert Q._____ au motif que celui-ci est l'associé du Dr D._____. A cet égard, il est admis que ces deux médecins exploitent ensemble un cabinet de groupe. Il apparaît par ailleurs que c'est le Dr D._____ qui, initialement, a proposé de confier un mandat d'expertise à son confrère et associé le Dr Q._____ (cf. avis du 26 juillet 2019) tout en avançant également le nom de deux autres confrères (les Drs [...] et [...]).M._____, donnant suite à la proposition de son médecin-conseil, a désigné expert l'associé de ce dernier. C'est ainsi après avoir successivement fait appel à un médecin-conseil et à un expert médical

œuvrant au sein du même cabinet de groupe que M._____ a statué sur le cas de l'assuré. Cela étant, quand bien même le Dr D._____ a ultérieurement mis en avant le fait que le Dr Q._____ et lui se limitaient à partager des locaux et les frais y relatifs tout en demeurant indépendants dans l'exercice de leurs activités respectives (cf. écrits des 2 novembre 2020 et 11 janvier 2021), il reste qu'une telle constellation était de nature à créer objectivement l'apparence d'une prévention, dans la mesure où deux spécialistes exploitant un même cabinet de groupe - qui plus est, un cabinet de petite taille impliquant des contacts autrement plus fréquents et étroits que ceux d'experts œuvrant au sein d'un même centre d'expertise - ont en définitive été sollicités par M._____ aux fins d'émettre des appréciations décisives pour la prise de décision de l'intimée. Sous cet angle, le grief apparaît donc fondé.

Au surplus, on ne saurait tenir pour déterminant le renvoi opéré par l'intimée à un arrêt rendu par la justice valaisanne le 13 mars 2013 (cf. courrier électronique de M._____ du 28 juillet 2020 et réponse du 5 novembre 2020 p. 21), cet arrêt n'abordant pas la problématique soulevée par le recourant quant aux relations entre les Drs D._____ et Q._____.

c) A la lumière de ce qui précède, force est d'admettre la réalisation d'un motif de récusation à l'encontre du Dr Q._____, justifiant d'écarter l'appréciation émise par ce médecin. Entachés d'un vice formel, le rapport d'expertise du 12 novembre 2019 et son complément du 10 mars 2020 ne peuvent donc se voir reconnaître valeur probante.

Il s'ensuit qu'à défaut d'appréciation spécialisée départageant les avis divergents émis par les Drs D._____, V._____ et N._____, la Cour de céans ne se trouve pas en mesure de trancher le fond de l'affaire. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales. Il incombera ainsi à M._____ de mettre en œuvre une nouvelle expertise orthopédique satisfaisant aux exigences légales en la matière,

en particulier les art. 36 et 44 LPGA. Il lui reviendra ensuite de statuer à nouveau sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 8 janvier 2019, des suites de l'accident subi le 5 août 2018.

Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu de se prononcer sur les autres arguments et réquisitions des parties.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en l'occurrence selon l'art. 82a LPGA).

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 14 juillet 2020 par M. _____ [...] est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. M. _____ [...] versera une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à T. _____, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour T. _____),
- M. _____ [...],
- 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 :