

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 avril 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à P._____, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, a travaillé en dernier lieu comme chauffeur poids lourds et percevait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1^{er} octobre 2019. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 23 mai 2020, V._____ est tombé sur le genou gauche en s'encoublant sur le rebord de la porte fenêtre donnant accès à sa terrasse.

En dépit du traitement conservateur dispensé (physiothérapie et médication antalgique), l'assuré a souffert de douleurs persistantes au genou gauche ayant conduit le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, à demander l'admission de l'intéressé à la Clinique R._____. A l'issue d'un examen pratiqué le 10 mars 2021, ce médecin avait en effet retenu que, subjectivement, l'assuré n'admettait aucune amélioration. Incapable de marcher plus de 100 mètres, il signalait des lâchages de son articulation et des changements de température et de couleur du genou gauche. Cotées de 7 à 10, les douleurs étaient permanentes et nécessitaient la prise de morphiniques, d'anti-inflammatoires et d'un antalgique. Objectivement, le patient était très difficile à examiner et ne participait pas du tout à l'examen clinique. Le critère de Budapest n° 1 pour un syndrome douloureux régional complexe était largement rempli. Selon le Dr G._____, le séjour à la Clinique R._____ devait permettre de déterminer s'il existait une indication à introduire un traitement de corticoïdes pour soigner le syndrome douloureux du genou gauche. De même, il appartenait aux spécialistes de l'algodystrophie d'évaluer si la situation médicale justifiait l'introduction d'un traitement de biophosphonates en perfusion.

L'assuré a séjourné à la Clinique R._____ du 28 avril au 12 mai 2021 en vue d'une évaluation multidisciplinaire et d'une rééducation

intensive. Dans leur rapport du 12 mai 2021, les Drs M._____ et H._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistante, ont posé les diagnostics principaux de traumatisme du genou gauche le 23 mai 2020 avec syndrome douloureux chronique du genou d'origine peu claire ainsi que de chondropathie patellaire et dysplasie fémoro-patellaire du genou gauche (IRM du 26 mai 2020). Ils ont relevé que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : focalisation sur la douleur, cotation élevée de la douleur, sous-estimation importante des capacités fonctionnelles, kinésiophobie modérée à sévère, catastrophisme élevé chez un patient anxieux. D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec le retour au travail : absence de contrat de travail, longue période sans travailler, absence de formation. Outre une faible participation aux thérapies, des incohérences avaient également été relevées. Les médecins prénommés ont estimé que la situation était sur le point d'être stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, de sorte qu'aucune intervention chirurgicale n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était théoriquement favorable mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec la reprise. Actuellement, le patient était focalisé sur ses douleurs et symptômes, semblant dans l'attente d'une solution médicale. Il ne paraissait pas prêt à s'engager dans un processus de reprise du travail.

Par courrier du 1^{er} juillet 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière à compter du 5 juillet 2021, motif pris que, selon l'appréciation du médecin-conseil du 23 juin 2021, il était apte au travail à 100 %.

A la suite des objections formulées par l'assuré le 14 juillet 2021, le cas a été soumis au Dr G._____, lequel a retenu qu'une reprise de l'activité antérieure était pleinement exigible (rapport du 21 juillet 2021).

Dans un courrier du 5 octobre 2021 au médecin-conseil de la CNA, le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a relevé que son patient souffrait toujours de gonalgies invalidantes, l'obligeant toujours à se déplacer avec deux cannes anglaises. Il n'était pas capable de descendre ou monter des escaliers, ce qui avait un retentissement négatif dans toutes les activités de la vie quotidienne puisqu'il en résultait une perte d'autonomie. Selon ce médecin, il n'était pas non plus en mesure de conduire, surtout un véhicule non automatique pas plus que de monter ou descendre d'un camion ni de le charger ou de le décharger. Partant, il sollicitait une réévaluation de la situation.

Le 8 novembre 2021, le Dr G. _____ a indiqué que le courrier du Dr F. _____ ne modifiait pas son appréciation du 21 juillet 2021.

Désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, l'assuré a, par courrier du 25 avril 2022, fait grief à la CNA de ne pas avoir rendu de décision formelle à propos de l'arrêt du versement de ses indemnités journalières, qu'il a pour le surplus contesté en se référant à un rapport établi le 8 avril 2022 par le Dr L. _____, spécialiste en rhumatologie, dans lequel ce médecin retenait une incapacité totale de travailler en toute activité depuis le 23 mai 2020.

Le 18 mai 2022, le Dr G. _____ a déclaré que le courrier précité de Me Duc et le rapport annexé du Dr L. _____ ne modifiaient pas son appréciation du 21 juillet 2021.

Par décision du 19 mai 2022, la CNA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière à compter du 5 juillet 2021.

Le 14 juin 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, en faisant valoir que les avis médicaux de la CNA étaient dépourvus de valeur probante et qu'elle avait de surcroît violé son devoir d'instruction. Principalement, il a conclu à ce que la CNA poursuive l'allocation de ses prestations (versement des indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) postérieurement au 5 juillet 2021, subsidiairement à

ce qu'elle effectue un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

Le 2 septembre 2022, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré. Il a conclu son rapport du 9 septembre 2022 en ces termes :

[...]

Dans le cas de notre assuré, on est en présence d'une ankylose majeure, littéralement en état d'arthrodèse du genou qui évolue depuis pratiquement 2 ans. Si cet état d'ankylose était la conséquence d'un phénomène de rétraction tissulaire ou de fibrose articulaire, on devrait, vu l'importance de l'ankylose, avoir des éléments objectivables, tant d'un point de vue clinique que radiologique, en rapport avec cette atteinte. Sur les clichés faits à 1 année, force est de constater que l'assuré garde une rotule plutôt haute mais que sur le dernier cliché, on note une très légère tendance à l'abaissement rotulien mais qui contraste fortement avec une rotule totalement libre se laissant aisément déplacée d'interne à externe traduisant une absence de phénomène de rétraction.

Il est clair à nouveau que ces considérations ne permettent d'exclure de façon certaine l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe.

Ce qui est en revanche certain, c'est qu'actuellement l'état clinique du genou ne correspond pas à un état où le processus inflammatoire domine. D'un point de vue articulaire, malgré la raideur extrême, il n'est pas possible de mettre en évidence des éléments de rétraction articulaire objectifs pouvant expliquer l'importance de cette ankylose. Il existe une amyotrophie et une ostéopénie, qui peuvent aussi bien être la conséquence d'un SDRC [syndrome douloureux régional complexe] ou uniquement d'une simple décharge du membre inférieur. En dernier lieu, il faut également mentionner l'existence de certaines incohérences.

En conclusion, d'un point de vue orthopédique, l'existence de lésions structurelles pouvant expliquer l'ankylose consécutive à un SDRC est tout au plus possible.

Cependant, dans le concept actuel de l'évaluation et la prise en charge d'un problème de syndrome douloureux régional complexe, il s'agit d'une approche pluridisciplinaire qui est en général du ressort de la médecine physique, de la rhumatologie, de consultation spécialisée de la douleur et de la neurologie voire de la psychiatrie. L'orthopédie intervient mais de façon nettement moindre, ceci particulièrement d'un point de vue thérapeutique.

Dans l'état actuel, d'un point de vue asséculo-logique, il est difficile de reconnaître une capacité professionnelle, quel que soit le type

d'activité. De ce fait, une appréciation pluridisciplinaire, voire un nouveau séjour à la Clinique R._____ semble judicieux avant de se prononcer sur une stabilisation.

Par courrier du 24 octobre 2022, l'assuré a exposé en quoi il s'opposait à un nouveau séjour à la Clinique R._____ et demandé à pouvoir séjourner dans un autre établissement. En premier lieu, il soutenait qu'en excluant l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe, les médecins de la Clinique R._____ avaient préjugé de son cas. En second lieu, il faisait valoir que la Clinique R._____ s'était fourvoyée dans son appréciation en estimant que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions constatées durant le séjour, alors même que moult médecins s'étaient écartés de ce point de vue. En troisième lieu, il faisait grief aux médecins de la Clinique R._____ de l'avoir fait passer pour une personne plaintive et quérulente, tandis que de nombreux médecins, dont le Dr S._____, avaient indiqué que l'état hyperalgique objectivé s'expliquait par la gravité des atteintes présentées. Finalement, l'assuré ne voyait pas en quoi un nouveau séjour à la Clinique R._____ se justifiait, dans la mesure où le séjour effectué précédemment et les traitements administrés ne s'étaient guère révélés bénéfiques, ce que le Dr S._____ avait du reste lui-même admis.

La CNA ayant tenu compte des objections formulées par l'assuré à propos de son intention d'organiser un nouveau séjour à la Clinique R._____, elle a suggéré de confier la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire à I._____. Les examens spécialisés seraient confiés aux Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, T._____, spécialiste en neurologie, Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (courrier du 10 novembre 2022).

Le 16 novembre 2022, l'assuré a fait savoir qu'il ne s'opposait pas à ce qu'I._____ soit désigné pour procéder à l'expertise pluridisciplinaire envisagée. En revanche, il demandait la récusation du Dr T._____, dans la mesure où son activité de co-expert auprès de la

Clinique R._____ remettait en cause son impartialité. A cet égard, l'assuré s'est référé à un arrêt rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois le 12 août 2019 dans la cause AA 67/19 - 99/2019.

Par courrier du 28 novembre 2022, la CNA a proposé de mandater, « *par gain de paix* », le Centre W._____ de B._____. Les examens spécialisés seraient confiés aux Drs N._____, spécialiste en neurologie, J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et K._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie.

Le 8 décembre 2022, l'assuré a fait part de son désaccord quant à la désignation du Centre W._____. Dans la mesure où les motifs de récusation avancés ne concernaient qu'un seul expert d'I._____, il a proposé que ce centre d'expertise effectue l'expertise à venir, tout en procédant simplement à la nomination d'un autre expert neurologue affilié à l'Hôpital A._____ ou, éventuellement, en nommant le Dr C._____, médecin praticien, en qualité d'expert à charge pour lui de s'adjoindre le concours de tous les spécialistes qu'il estimerait utiles.

Par décision incidente du 26 décembre 2022, la CNA a confié l'expertise pluridisciplinaire de l'assuré aux Drs N._____, J._____ et K._____, médecins auprès du Centre W._____ à B._____.

B. a) Par acte du 16 janvier 2023, V._____, toujours représenté par Me Duc, a déféré la décision incidente du 26 décembre 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à ce que la cause soit renvoyée à la CNA « *pour qu'elle s'efforce à parvenir à un consensus sur la personne des experts et, en cas d'échec, rende une décision formelle sujette à recours* ».

En substance, l'assuré soutenait que c'était par un processus intellectuel douteux que la CNA avait fait semblant de lui soumettre trois prétendues propositions. En effet, la première d'entre elles portait sur un nouveau séjour « *oiseux* » à la Clinique R._____ et non sur le choix

d'experts médicaux ; la seconde était contraire à un arrêt de la Cour de céans du 12 août 2019 (AA 67/19 - 99/2019) dès lors que le Dr T. _____ ne pouvait pas être nommé comme expert principal vu qu'il exerçait des fonctions de co-expert au sein de la Clinique R. _____ ; quant à la troisième proposition, elle n'en avait que le nom vu qu'il s'agissait en réalité d'une décision désignant le Centre W. _____. Fort de ces éléments, l'assuré estimait que c'était plutôt lui, et non la CNA, qui s'était efforcé de suivre sans succès le cheminement devant aboutir à un consensus en suggérant entre autres, mais en vain, de nommer le Dr C. _____. Outre que la CNA avait successivement écarté toutes les propositions formulées, elle n'avait pas non plus exposé les raisons pour lesquelles elle refusait de donner une suite favorable à la proposition de confier la réalisation de l'expertise au Dr C. _____. Par ailleurs, le mandataire de l'assuré constatait dans sa pratique que les experts mandatés par la CNA lui donnaient systématiquement raison en dépit d'avis médicaux divergents au dossier. Plus généralement, des commentaires postés sur internet accrédiétaient la réputation douteuse du Centre W. _____ et le positionnement partiel des experts travaillant pour lui. En tout état de cause, il fallait admettre que la CNA n'avait pas adopté l'approche consensuelle préconisée par le Tribunal fédéral quant au choix des experts. Admettre le contraire reviendrait à vider de sa substance la jurisprudence en la matière, ce qui permettrait aux assureurs sociaux de s'écarter systématiquement de ce processus par des manœuvres artificieuses sans risquer d'être inquiétés par les Tribunaux cantonaux. En d'autres termes, ce processus deviendrait une coquille vide, ce qui entraînerait les effets néfastes auxquels tente justement d'obvier le Tribunal fédéral.

b) Dans sa réponse du 15 février 2023, la CNA a relevé que l'assuré avait non seulement développé un discours contradictoire quant à la nécessité de réaliser une expertise mais que les propositions d'experts émanant de sa part concernaient soit des praticiens qui l'avaient suivi soit des thérapeutes dont la spécialisation était étrangère à la problématique médicale qu'il présentait, à savoir un syndrome douloureux régional complexe. C'était dans ce contexte que la CNA avait proposé les experts

du Centre W._____, qui étaient les seuls contre lesquels l'assuré n'avait formulé aucun grief concret. Ce n'était en effet qu'au stade du recours qu'il émettait des doutes quant à leur impartialité. Or, selon la jurisprudence, le fait qu'un expert soit régulièrement mandaté par les assureurs sociaux ou les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à sa prévention ou à sa partialité. Renvoyant pour le surplus aux considérants de la décision litigieuse, la CNA a conclu au rejet du recours.

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 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnement 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.

La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1).

b) 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 pour pouvoir déférer l'affaire auprès du tribunal des assurances sociales compétent pour en connaître (ATF 139 V 339 consid. 4.4 ; 138 V 271 consid. 1 et 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Tel est le cas en l'occurrence.

Pour le reste, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet la désignation du Centre W._____, singulièrement la désignation des Drs N._____, J._____ et K._____, pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire sur la personne du recourant.

3. a) L'art. 43 al. 1 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.

b) A teneur de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises ; trois types sont possibles: expertise monodisciplinaire (let. a), expertise bidisciplinaire (let. b) et expertise pluridisciplinaire (let. c). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties ; les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4). Les art. 7j ss OPGA (ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) précisent, quant à eux, l'art. 44 LPGA dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 706). Ainsi, l'art. 7j al. 1 OPGA prévoit que si une partie

récuse un expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation ; en l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus. Selon l'alinéa 2, la recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers. Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus (al. 3).

c) Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., comprend en particulier le droit de chaque personne 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 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et les références citées).

Lorsque l'administration confie un mandat à un expert indépendant, l'art. 44 LPGA offre à la personne assurée différents droits qui vont au-delà des garanties minimales déduites de l'art. 29 al. 2 Cst. En premier lieu, l'assuré a le droit de prendre préalablement connaissance du nom de l'expert désigné. En plus du nom de l'expert, il convient également de communiquer la spécialisation de la personne chargée de l'expertise. L'assuré n'a en revanche pas le droit de se voir remettre des renseignements sur la carrière professionnelle de l'expert, des copies des titres obtenus ou encore des attestations relatives à la formation continue ; l'obtention d'un titre de médecin spécialiste permet d'inférer que l'expert possède les qualités professionnelles nécessaires à l'exécution du mandat d'expertise (TF I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1; TFA I 193/05 du 7 septembre 2006 consid. 5.4). En second lieu, l'assuré a le droit de présenter des contre-propositions, s'il estime avoir des motifs pertinents justifiant la récusation de l'expert désigné par l'assureur. Ce dernier est tenu d'examiner ses propositions sans idée préconçue.

Les garanties procédurales permettent aux parties d'exiger la récusation de l'expert si la situation ou son comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Pour entraîner la récusation, le

rapport que l'expert entretient (ou a entretenu) avec une personne intéressée à l'issue de la procédure doit toutefois être suffisamment étroit pour que sa liberté de jugement soit objectivement compromise (TF 5A_756/2008 du 9 septembre 2009 consid. 2.1 et 1P.820/2006 du 6 mars 2007 consid. 5).

En d'autres termes, seuls des motifs permettant de mettre en doute l'impartialité de l'expert constituent des motifs de récusation.

4. a) 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 (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 et 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1).

Il s'agit de sauvegarder le droit des parties 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 (TFA M 3/04 du 31 octobre 2005 consid. 2). Au titre des motifs de récusation formels, un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité 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; 120 V 357 consid. 3a et les références). Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les expertises médicales en droit des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences élevées quant à l'impartialité de l'expert médical (ATF 148 V 225 consid. 3.4 ; 132 V 93 consid. 7.1 *in fine*; 120 V 357 consid. 3b *in fine*).

b) Un lien financier ou commercial entre l'expert et une des parties peut, selon la nature et l'intensité de celui-ci, fonder un soupçon de partialité, car de telles relations reposent sur un rapport de loyauté réciproque susceptible de générer des conflits d'intérêts. Tel est le cas, lorsque l'expert est employé de l'une des parties, car il est tenu en principe d'observer les directives et instructions de son employeur et sauvegarder les intérêts légitimes de celui-ci (ATF 119 V 456 consid. 5c et 115 V 257 consid. 5c). Toutefois, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de

l'expert (ATF 148 V 225 consid. 3.5 ; 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références; TF 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.3; cf. aussi TF 8C_112/2010 du 17 août 2010 consid. 4.1).

5. a) En l'occurrence, le grief du recourant porte principalement sur le fait que l'intimée n'aurait pas recherché un accord sur le choix des experts et, partant, n'aurait pas respecté ses droits de participation.

aa) Si l'assureur-accidents doit s'efforcer de mettre en œuvre une expertise sur une base consensuelle et prendre en considération les objections soulevées par l'assuré quant à la personne de l'expert, le Tribunal fédéral a clairement rejeté la conception selon laquelle un expert ne pourrait être désigné qu'avec le consentement de l'assuré dès que celui-ci émet des objections sur la personne de l'expert, car cela reviendrait à reconnaître un droit de veto à l'assuré ; il a précisé que même en cas d'objection de l'assuré, l'assureur n'est pas tenu de suivre sans autre les contre-propositions de l'assuré (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1).

bb) Contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimée s'est efforcée de parvenir à un consensus. En effet, elle a, dans un premier temps, accepté que le recourant ne se rende pas à la Clinique R. _____ afin d'effectuer un nouveau séjour ; elle a, dans un second temps, accepté que l'expertise pluridisciplinaire envisagée ne se déroule pas auprès du centre d'expertise rattaché à I. _____, compte tenu des liens entre le neurologue désigné pour participer à cette expertise, à savoir le Dr T. _____, et la Clinique R. _____ ; et elle a, dans un troisième temps, proposé de confier le mandat d'expertise au Centre W. _____. Compte tenu du refus du recourant d'accepter la désignation du Centre W. _____, c'est à bon droit que l'intimée a rendu une décision formelle par laquelle elle confirmait le choix du Centre W. _____ pour réaliser l'expertise pluridisciplinaire envisagée.

cc) Etant rappelé dans ce contexte que la personne assurée n'a pas un droit à la désignation de l'expert de son choix (ATF 132 V 93 consid. 6.5), il apparaît que la sélection des Drs N. _____, J. _____ et

K._____, respectivement spécialistes en neurologie, rhumatologie et psychiatrie, tous trois au bénéfice d'une expérience professionnelle confirmée, est directement liée à la problématique médicale du recourant, telle que décrite par le Dr S._____. (cf. rapport du 9 septembre 2022), à savoir l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe. Dans ces conditions, la CNA avait des motifs suffisants pour ne pas entrer en matière sur la demande du recourant de choisir parmi les noms d'experts qu'il proposait, ce d'autant qu'ils étaient, à des degrés divers, intervenus dans le suivi nécessité par son état de santé. En l'absence de consensus sur le choix de l'expert, il appartenait à juste titre à l'intimée de statuer par une décision incidente, sans qu'un nouvel échange à ce propos ne soit nécessaire. Au surplus, les droits de participation du recourant au sens de l'art. 44 LPGA ont été respectés, ce dernier ayant notamment eu l'occasion, à la suite du courrier du 28 novembre 2022 de l'intimée, d'exposer ses motifs de récusation. Il a d'ailleurs fait usage de ce droit le 8 décembre 2022.

b) Le recourant soutient par ailleurs que les Drs N._____, J._____ et K._____ donnent systématiquement raison aux assureurs qui les mandatent, ce qui crée une apparence de prévention et constitue un motif de récusation.

aa) Il ne peut toutefois être suivi. En effet, comme exposé ci-dessus (cf. considérant 4b *supra*), il ressort d'une jurisprudence constante et bien établie que le fait qu'un expert soit régulièrement mandaté par un assureur ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert, quand bien même il en retirerait l'essentiel de ses revenus. Le recourant n'apporte par ailleurs aucun autre élément permettant de faire naître un doute quant à l'impartialité ou l'indépendance des médecins prénommés, lesquels disposent au demeurant d'une totale liberté s'agissant des modalités de l'expertise.

bb) On relèvera également que, dans la mesure où la récusation porte sur la désignation par l'intimée du Centre W._____ en tant qu'expert (cf. courrier du recourant du 8 décembre 2022), elle n'est

en principe pas possible (TF 9C_603/2010 du 6 octobre 2010 consid. 5.2 ; 9C_500/2009 du 24 juin 2009 consid. 2.1). En tout état de cause, ce sont des médecins qui procèdent aux expertises et qui, en tant que personnes physiques, sont soumis, dans le cadre de leur activité d'expert, à diverses directives et règles professionnelles édictées en vue du bon déroulement de leur mission.

c) Pour le reste, le recourant se limite à formuler des critiques de nature générale et polémique à l'encontre des médecins œuvrant pour le compte du Centre W._____, sans chercher à les étayer par des éléments objectifs. Ainsi, il ne suffit pas de renvoyer à des avis publiés sur les réseaux sociaux pour justifier une demande de récusation dans un cas particulier. C'est dire que ces griefs, qui constituent de simples allégués, ne sauraient à eux seuls justifier la récusation des experts.

d) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que, dans le cadre de l'attribution du mandat d'expertise au Centre W._____, l'intimée s'est efforcée de rechercher un consensus avec le recourant sur ce point, tout en sauvegardant ses droits de participation. Les motifs invoqués par ce dernier pour fonder sa demande de récusation du Centre W._____, singulièrement celle des Drs N._____, J._____ et K._____, ne sont pas suffisants. Faute d'éléments concrets propres à mettre en doute la probité de ces médecins ou leur capacité à effectuer une expertise probante, c'est à raison que la CNA a nié tout motif de récusation.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision incidente litigieuse confirmée.

7. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA). En effet, dans la mesure où le litige relève de l'assurance-accidents, la procédure relative à un incident doit être gratuite (ATF 133 V 441 ; TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008 ; cf. également JEAN MÉTRAL, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 21 *ad* art. 61 LPGA, p. 732).

b) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'034 fr. 75, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision incidente rendue le 26 décembre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 1'034 fr. 75 (mille trente-quatre francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office provisoirement supportée par l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour V. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

Le greffier :