

# GE\_GERICHTE A/2401/2020 vom 1. Dezember 2020

GE Cour de justice, 2020-12-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2401\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2401_2020)

FR: GE\_GERICHTE A/2401/2020 du 1 décembre 2020

IT: GE\_GERICHTE A/2401/2020 del 1 dicembre 2020

## Erwägungen

### E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE recourant contre AXA ASSURANCES SA sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1966, est entré au service de l'entreprise B\_\_\_\_\_ Sàrl en qualité de juriste à mi-temps le 12 juin 2017. Il était assuré, à ce titre, auprès d'Axa assurances SA (ci-après : l'assurance) pour les accidents professionnels et non professionnels. 2. Le 26 juin 2017, en circulant à moto, l'assuré a dérapé dans un giratoire en évitant un automobiliste qui lui coupait la route. 3. Le 29 septembre 2017, il a été vu en consultation par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison de gonalgies gauches. Selon le rapport du médecin du 4 décembre 2017, l'assuré se plaignait de fortes douleurs depuis plus de trois semaines, « sans réelle notion de traumatisme ». Cependant, « après coup », il lui avait tout de même fait part d'une chute à moto qui remontait à plus d'un mois, et d'une sensation de blocage. Lors de l'examen clinique, le Dr C\_\_\_\_\_ avait noté un épanchement intra-articulaire avec choc rotulien, un flexum antalgique et une limitation de flexion. S'y ajoutaient de vives douleurs à la palpation de l'interligne interne et des tests méniscaux positifs. Le diagnostic de déchirure du ménisque interne, posé à la suite de cette consultation, avait été confirmé au moyen d'une IRM du genou gauche réalisée le 5 octobre 2017 par le docteur D\_\_\_\_\_, radiologue. Aussi, le Dr C\_\_\_\_\_ a proposé de réaliser une intervention sous arthroscopie fin février 2018, étant donné que l'assuré pratiquait la danse et qu'actuellement, ses plaintes s'étaient largement estompées. Mentionné dans le rapport du 4 décembre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, le rapport IRM du 5 octobre 2017 du Dr D\_\_\_\_\_ concluait à une amputation partielle de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque médial, associée à deux languettes méniscales (l'une luxée au-dessus de sa corne postérieure et une seconde, petite, dans le récessus tibial médial). S'y ajoutaient un épanchement intra-articulaire et une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque médial, associée à une fissure horizontale de sa corne postérieure (grade III). 4. Le 27 février 2018, l'assuré a subi une arthroscopie. Dans son compte rendu opératoire, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir pratiqué une ménissectomie de la corne postérieure ainsi qu'une chondroplastie du condyle interne. 5. Dans un rapport médical du 10 avril 2018 à l'assureur, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de déchirure dégénérative du ménisque interne gauche et mentionné que l'évolution était favorable depuis l'opération effectuée le 27 février 2018. Sous « remarques », il a indiqué qu'il n'y avait aucune notion d'accident le 29 septembre 2017 et que le caractère dégénératif de la lésion du ménisque interne ressortait de l'IRM du 5 octobre 2017. Nulle à partir du 27 février 2018, la capacité de travail était à nouveau entière depuis le 20 mars 2018. 6. Dans un questionnaire complété le 12 avril 2018 à la demande de l'assureur, l'assuré a indiqué qu'aucun rapport de

police n'avait été établi à la suite de l'événement du 26 juin 2017. Il s'était engagé dans le giratoire à une vitesse raisonnable, lorsqu'un véhicule non identifié lui avait coupé la route en venant de la droite. Il avait freiné et dérapé avec l'arrière de sa moto - qui était parti en glissade côté droit en produisant des étincelles - et s'était couché sur le flanc gauche. Sur le moment, il avait eu mal à la jambe gauche, mais comme il pouvait marcher, même en boitant, il s'était dit que ça passerait. À ce moment, la voiture qui lui avait coupé la route était déjà loin. Il n'était même pas sûr que son conducteur se fût rendu compte de la chute qu'il avait provoquée. Sa capacité de travail était à nouveau entière depuis le 20 mars 2018. Quant au traitement médical, il avait pris fin le 10 avril 2018. 7. Dans un rapport du 19 juillet 2018, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a considéré qu'on n'était pas en présence d'une entorse du genou mais d'une glissade, avec des contusions au niveau de la jambe. L'IRM effectuée le 2 octobre (recte : 5 octobre) 2017, montrait effectivement une lésion dégénérative du ménisque interne du genou avec d'autres troubles dégénératifs au niveau du genou. Dans le protocole opératoire relatif à l'intervention du 27 février 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ mentionnait une chondropathie du compartiment interne, notamment au niveau du condyle fémoral interne. D'ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ mentionnait « dans ses rapports » qu'il s'agissait d'une lésion dégénérative, sans rapport avec le traumatisme de juin 2017. Enfin, tant l'IRM que l'arthroscopie montraient des lésions dégénératives. En conséquence, on pouvait accepter la prise en charge immédiate du traumatisme avec ses contusions, mais avec un statu quo à deux mois du traumatisme. 8. Par décision du 21 août 2018, l'assureur a mis un terme au versement des prestations à compter du 26 août 2017, motif pris que le Dr E\_\_\_\_\_ ne reconnaissait pas de lien de causalité naturelle entre l'événement du 26 juin 2017 et les troubles de l'assuré. 9. Dans un rapport du 5 septembre 2018 à l'assureur, rédigé suite à une consultation donnée le même jour à l'assuré, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que celui-ci était venu le trouver une première fois le 27 juillet 2017 en raison d'une chute à moto qu'il avait subie le 26 juin 2017. Il lui avait alors expliqué qu'à la suite de cet événement, il souffrait de douleurs au niveau du bras, de la jambe et du genou gauche et que c'était en raison d'une douleur résiduelle au niveau du genou gauche qu'il avait pris rendez-vous. L'examen du 27 juillet 2017 avait révélé une palpation douloureuse de ce genou au niveau médial ainsi qu'une limitation de sa flexion et de son extension. Le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que l'anamnèse et l'examen du 27 juillet 2017 lui avaient fait suspecter une lésion méniscale, surtout au niveau du ménisque interne gauche, qui était consécutive à l'accident du 26 juin 2017. C'était pour cette raison qu'il avait adressé l'assuré au Dr C\_\_\_\_\_. Selon les déclarations tenues par l'assuré lors de la consultation du 5 septembre 2018, les circonstances qui avaient conduit à cette lésion - c'est-à-dire l'accident et la chute à moto - n'avaient pas été retenues immédiatement par le Dr C\_\_\_\_\_. Cependant, dans son rapport du 4 décembre 2017, ce dernier mentionnait que « [l'assuré] me parle malgré tout d'une chute à moto il y a plus d'un mois, et sensation de blocage ». En guise de conclusion, le Dr E\_\_\_\_\_ espérait, par ces précisions, avoir « pu éclaircir les circonstances qui [avaient] amené le traumatisme au niveau du genou gauche ». 10. Par pli du 19 septembre 2018, l'assuré a formé opposition à la décision du 21 août 2018, concluant, sous suite de dépens, à la prise en charge des frais de l'accident et à la rédaction d'un document établissant l'origine accidentelle de la déchirure. 11. Par décision du 15 janvier 2019, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assuré, motif pris que ni le Dr C\_\_\_\_\_ ni le Dr D\_\_\_\_\_ ne se prononçaient en faveur d'un rapport de causalité entre la déchirure méniscale et le traumatisme, ces médecins retenant au contraire le caractère

dégénératif des lésions objectivées lors de leurs examens respectifs. Dès lors que le Dr E\_\_\_\_\_, fort des observations effectuées par les deux médecins précités, était parvenu à la conclusion que l'accident avait causé une contusion du genou gauche, sans toutefois être à l'origine des lésions constatées à l'IRM et lors de l'opération du 27 février 2018, il avait été prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions étaient dues à une usure ou une maladie, de sorte que c'était à bon droit que l'assureur avait mis un terme à ses prestations deux mois après la survenance de l'accident. 12. Le 15 février 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre cette décision. 13. Par arrêt du 11 février 2020 ( ATAS/100/2020 ), la chambre de céans a admis partiellement le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire au sens des considérants. Au vu du doute qui entourait les suites provoquées par l'événement du 26 juin 2017 (simple contusion versus conséquences plus délétères pour le genou gauche), la présomption légale de l'art. 6 al. 2 LAA, selon laquelle il revenait à l'assureur-accidents de prendre en charge une lésion corporelle assimilée à un accident ne s'appliquait pas (encore). Il incombait ainsi à l'intimée, conformément au principe inquisitoire (art. 43 LPGA), de recourir aux services d'un expert indépendant en application de l'art. 44 LPGA. 14. Le recours formé par l'assuré contre ce jugement a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral (arrêt 8C\_217/2020 du 29 avril 2020). 15. Par courrier du 14 mai 2020, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il était toujours dans l'attente d'une proposition d'expert en application de l'art. 44 LPGA. 16. Par courrier du 26 mai 2020, l'assurance a informé l'intéressé de son intention de diligenter un examen médical et de confier le mandat au docteur G\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH. Une consultation médicale avait d'ores et déjà été fixée à son cabinet le 7 juillet 2020. Un questionnaire relatif aux expertises somatiques était annexé au courrier. 17. Le 9 juin 2020, l'assuré a contesté la pertinence des questions 7.1, 7.2, 7.3, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4 et 9 du questionnaire, précisant qu'il n'était pas en arrêt de travail et n'avait pas de séquelles. Il a également questionné les moyens d'investigation proposés par l'assurance, ainsi que l'indépendance de l'expert choisi. Le Dr G\_\_\_\_\_ travaillait depuis douze ans pour le Groupe Mutuel. Il tirait ses ressources financières d'une assurance qui n'avait aucun intérêt à voir l'art. 6 al. 2 LAA trouver sa juste application. L'assuré contestait enfin la communication du nom de l'expert au médecin traitant. 18. Par décision incidente du 16 juin 2020, l'assurance a rejeté la demande de récusation formée par l'assuré. Ainsi que cela avait déjà été jugé à de nombreuses reprises en matière d'assurance-accidents, même les médecins-conseils des assureurs-accidents étaient considérés a priori comme des personnes neutres. Leurs rapports d'expertise bénéficiaient ainsi d'une pleine valeur probante dans la mesure où ils étaient concluants, vérifiables dans leur motivation, exempts de contradictions et à condition qu'il n'existait aucun indice à l'encontre de leur fiabilité. Le seul fait que le médecin commis se trouvait dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur ne permettait pas de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. De surcroît, le Dr G\_\_\_\_\_ n'était pas médecin-conseil de l'assurance. Selon la jurisprudence, ce n'était pas parce qu'un médecin était chargé régulièrement par une assurance d'établir des expertises qu'il fallait nécessairement conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert. L'expert en question était objectivement indépendant aussi bien vis-à-vis des assurés, que vis-à-vis de l'assurance. La méfiance de l'assuré n'apparaissait pas fondée sur des éléments objectifs qui étaient pourtant nécessaires. Une nouvelle date d'expertise serait communiquée à l'assuré. Quant au grief relatif à la communication du nom de l'expert à son médecin traitant, il s'agissait d'une manière de pratique conforme à l'usage. 19. Le 14 août 2020,

l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à ce qu'il soit ordonné à l'assurance : - « de limiter le champ de son expertise aux questions suivantes : - déterminer si le recourant a subi une déchirure du ménisque ; - si oui, puisque la déchirure méniscale est une lésion corporelle assimilée à un accident, si, compte tenu de l'ensemble du spectre des causes, la déchirure est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie ; - si non, quelle est la cause prépondérante de la lésion ; - de rappeler à l'assurance qu'elle doit limiter les moyens d'investigation à des moyens raisonnables et de faire ses meilleurs efforts pour utiliser le minimum d'impact possible sur l'assuré en respectant l'art. 43 al. 2 LPGA, ce qui implique notamment de justifier la nécessité d'une auscultation présenteielle, la nécessité d'un déplacement dans un autre canton ; - d'interdire à l'assurance, au vu de la spécificité de cette affaire, de choisir un expert qui tire ses revenus de l'activité de médecin-conseil de la branche des assurances ; - de récuser le Dr G\_\_\_\_\_ du fait qu'il soit un médecin-conseil. Subsidiairement, de le récuser du fait que le dossier a été communiqué au Dr C\_\_\_\_\_ ; - interdire à l'assurance de communiquer le dossier au Dr C\_\_\_\_\_ afin d'éviter tout risque de collusion ». Le recourant a contesté en substance la nécessité d'une visite médicale, qui plus est dans un autre canton. Il était toutefois disposé à collaborer à de nouvelles analyses médicales qui seraient effectuées à Genève. Compte tenu de l'impact judiciaire et économique d'une décision appliquant la présomption légale de l'art. 6 al. 2 LAA, un médecin-conseil, subordonné depuis douze ans au monde des assurances, devait être récuser. La communication de cette expertise au Dr C\_\_\_\_\_ obligeait l'assurance de mandater un autre expert en raison du risque de collusion. 20. Le 11 septembre 2020, l'assurance a conclu au rejet du recours. Il revenait au spécialiste de déterminer souverainement les informations qui lui étaient nécessaires pour établir son rapport. Il ne revenait pas à l'assuré de porter un jugement sur la nécessité d'une visite médicale. S'agissant du grief de partialité de l'expert, il n'existait pas le moindre lien contractuel ou de dépendance entre l'expert et l'assurance. Rien ne tendait à susciter une apparence de prévention à l'encontre du Dr G\_\_\_\_\_. Le recourant n'invoquait aucun élément objectif dans le sens d'une prétendue partialité. Par ailleurs, dès lors que l'intéressé n'était pas dans l'impossibilité médicale de se déplacer, l'assurance n'était pas tenue d'examiner si une alternative géographique devait être envisagée. L'assurance avait, au demeurant, rédigé son questionnaire en tenant compte de la problématique médicale de l'assuré. Les questions soumises à l'expert étaient compréhensibles et ne s'écartaient pas de celles usuellement posées dans ce genre de cas. Enfin, il était parfaitement conforme aux usages d'informer le médecin traitant de la mise en place d'une expertise. Un expert était du reste à même de distinguer ce qui relevait du champ médical de ce qui tombait dans le cadre d'une mésentente avec un praticien. L'assuré n'avait, en tout état, jamais présenté de contre-proposition. 21. Par réplique du 5 octobre 2020, l'assuré a persisté dans les conclusions de son recours et proposé de nommer le professeur H\_\_\_\_\_ en qualité d'expert. 22. Par duplique du 27 octobre 2020, l'assurance a persisté dans les termes de sa décision incidente. 23. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'assuré. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Lorsqu'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée par l'assureur,

celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 PA. Il s'agit d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 29/03 du 25 novembre 2004) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA). Le recours contre les décisions incidentes n'est admis qu'à des conditions restrictives pour éviter qu'une multiplication de recours ne ralentisse excessivement le déroulement d'une procédure. Ces conditions reposent sur des motifs d'économie de procédure ou, en cas de risque de préjudice irréparable, sur la nécessité de garantir des voies de droit effectives conformément à l'art. 29a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Dans tous les cas, le recours contre la décision incidente rendue séparément n'est recevable qu'à la condition que le recours soit ouvert contre la décision finale à rendre ultérieurement (Jean MÉTRAL, Commentaire romand de la LPGA, Bâle 2018, n. 28 ad art. 56 LPGA et les références citées). a. En vertu de l'art. 45 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, les décisions incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur une demande de récusation - au sens de l'art. 10 al. 1 PA, respectivement 36 al. 1 LPGA - peuvent faire l'objet d'un recours. Outre les personnes qui prennent la décision, sont également concernés les experts désignés conformément à l'art. 44 LPGA (MÉTRAL, op. cit., n. 31 ad art. 56 LPGA). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (art. 45 al. 2 PA). b. Selon l'art. 46 al. 1 PA, par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, les autres décisions incidentes notifiées séparément peuvent faire l'objet d'un recours si elles peuvent causer un préjudice irréparable (let. a), ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. b). Selon la jurisprudence, l'assuré, qui, faute de consensus, entend contester la mise en oeuvre d'une expertise médicale satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable nécessaires (ATF 141 V 330 consid. 2 ; ATF 139 V 339 consid. 4.4 ; ATF 138 V 271 consid. 1 ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_207/2012 du 3 juillet 2013 consid. 1.2.6 et 1.2.7). L'assuré ne peut toutefois exiger un choix consensuel de l'expert que s'il oppose des motifs pertinents de nature formelle ou matérielle contre la désignation de l'expert initialement proposé par l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_401/2015 du 30 juin 2015 consid. 3 ; 9C\_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3). En cas de refus d'un assureur social d'adresser à l'expert une question proposée par l'assuré, il n'y a pas de risque de dommage irréparable si la question reformule de manière plus suggestive l'une de celles déjà proposées par l'assureur ou si elle est sans rapport avec les faits à éclaircir par expertise (ATF 141 V 330 consid. 6.2.2 à 6.2.4). Le risque de préjudice irréparable doit être apprécié de cas en cas si la question n'est en soi pas dépourvue de pertinence, mais qu'elle pourrait être posée après l'expertise si elle s'avère encore utile (ATF 141 V 330 consid. 8.1). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 56 al. 1 LPGA et 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours contre la décision incidente du 16 juin 2020 est recevable en tant qu'il porte sur la demande de récusation du Dr G \_\_\_\_\_. En tant que le recours porte sur la formulation des questions soumises à l'expert, les modalités de l'expertise, singulièrement la visite médicale du recourant, et la désignation de l'expert, au motif que l'intimée n'aurait pas recherché un consensus, la recevabilité est, en revanche, subordonnée à l'existence d'un

préjudice irréparable. Il convient certes de relever que les conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable sont en principe données lorsque l'assuré, faute de consensus, conteste le choix de l'expert. Or, encore faut-il, dans ce cas, que l'assuré oppose des motifs pertinents de nature formelle ou matérielle contre la désignation de l'expert initialement proposé par l'assureur, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence (cf. infra consid. 7). Par ailleurs, on ne voit pas, et le recourant ne le démontre pas, en quoi la formulation des questions posées à l'expert risque de lui causer un dommage irréparable, étant précisé que l'intéressé ne revendique pas le droit de poser des questions complémentaires, mais, au contraire, de limiter le champ de son expertise à trois questions. La question de la recevabilité du recours sur ces points peut toutefois souffrir de rester indécise au vu de ce qui suit. 4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'espèce, dans la mesure où la décision entreprise ne traite pas de la nécessité d'un examen médical, la conclusion du recourant, visant à rappeler à l'assurance de justifier la nécessité d'une telle mesure, ne peut qu'être déclarée irrecevable. On précisera, à toutes fins utiles, que si la personne assurée refuse de se soumettre à la mesure d'instruction et que l'administration procède par mise en demeure (art. 43 al. 3 LPGA), une telle mise en demeure n'entraîne en principe pas de risque de préjudice irréparable (cf. MÉTRAL, op. cit., n. 45 ad art. 56 LPGA). Il en va de même de la conclusion visant à interdire la communication du dossier au médecin traitant, étant pour le surplus précisé que l'intimé n'a, en tout état, pas manifesté l'intention de le faire. 5. Le litige porte principalement sur la demande de récusation du Dr G\_\_\_\_\_. a. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. En matière de récusation, il convient de distinguer les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. Selon l'art. 10 al. 1 PA, les personnes appelées à rendre ou à préparer la décision doivent se récuser : si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire (let. a) ; si elles sont le conjoint ou le partenaire enregistré d'une partie ou mènent de fait une vie de couple avec elle (let. b) ; si elles sont parentes ou alliées d'une partie en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale (let. b bis) ; si elles représentent une partie ou ont agi dans la même affaire pour une partie (let. c) ; si, pour d'autres raisons, elles pourraient avoir une opinion préconçue dans l'affaire (let. d). b. Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH RS 0.101), les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité (ATF 138 IV 142 consid. 2.1 ; ATF 127 I 196 consid. 2b ; ATF 126 I 68 consid. 3a). Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances

extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les motifs de refus et de récusation pour les experts sont en règle générale les mêmes que pour les juges (ATF 132 V 93 consid. 7.1). 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 138 IV 142 consid. 2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2 ; 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.1). Compte tenu de l'importance que revêt une expertise médicale dans le domaine des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences sévères quant à l'impartialité d'un expert (ATF 120 V 357 consid. 3b). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.2). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 ; ATF 125 V 353 ). 6. En l'occurrence il n'est pas critiquable que l'intimée ait présélectionné le Dr G \_\_\_\_\_, au bénéfice d'une spécialisation FMH en chirurgie-orthopédie. 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, étant précisé que les droits de participation du recourant au sens de l'art. 44 LPGA ont été respectés. Devant la chambre de céans, le recourant conteste le choix de l'expert au motif que ce dernier serait dans un rapport de subordination depuis douze ans avec le Groupe Mutuel. Cette argumentation ne saurait être suivie. De jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent effectivement pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (cf. supra consid. 5). Les explications du recourant quant à l'enjeu économique, pour les assureurs sociaux, de l'application de la présomption légale de l'art. 6 al. 2 LAA, ne suffisent dès lors pas pour douter de l'impartialité de l'expert. Il s'agit par ailleurs d'allégations vagues, générales et non étayées, le recourant se bornant à formuler une pétition de principe, sans avancer d'éléments concrets de nature à laisser penser que l'expert serait entravé dans sa liberté de mettre en oeuvre l'expertise, d'en définir les modalités et d'apprécier librement le cas. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, aucun motif pertinent de nature formelle ou matérielle n'obligeait l'intimée à envisager le choix d'un autre chirurgien orthopédiste que le Dr G \_\_\_\_\_. Au demeurant, le fait que le nom de l'expert ait été communiqué au médecin traitant du recourant, le Dr C \_\_\_\_\_, n'est de toute évidence pas susceptible de fonder objectivement un doute sur l'impartialité de l'expert. Le recourant ne prétend d'ailleurs pas que l'expert entretiendrait avec ce dernier un rapport d'amitié étroite, de nature à compromettre sa liberté de mise en oeuvre de l'expertise, étant rappelé qu'un éventuel « réflexe de solidarité entre médecins » ne constitue en tous les cas pas un motif pertinent de récusation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.2.2). 7. Quant aux

objections du recourant en lien avec le questionnaire préparé par l'intimée à l'attention de l'expert, force est de constater que le recourant se contente de reformuler des questions déjà posées. Il ne propose aucune question complémentaire visant à compléter ou préciser les questions formulées par l'intimée. Le grief du recourant, qui ne vise pas à compléter l'instruction, doit partant être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité. 8. Infondé, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). \* \* \* \* \*

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.