

## GE\_GERICHTE A/3246/2015 vom 16. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3246\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3246_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/3246/2015 du 16 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3246/2015 del 16 giugno 2016

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel BOLIVAR recourant contre GENERALI ASSURANCES GÉNÉRALES SA, sise avenue Perdtemps 23, NYON intimée EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1956, a été employé en qualité de cuisinier au restaurant du B\_\_\_\_\_ à compter du 1 er juin 2011. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents et les maladies professionnelles auprès de Generali assurances générales SA (ci-après : l'assurance). !endif]>![if> 2. En date du 27 juin 2011, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation : alors qu'il circulait en scooter, il a été percuté par un autre scooter, qui lui a coupé la route à une intersection (cf. rapport de police du 13 juillet 2011). !endif]>![if> L'assuré a souffert de contusions au thorax, à l'épaule et au coude droits. Un scanner de l'épaule réalisé le 22 août 2011 n'a pas révélé de lésion osseuse post-traumatique, mais une déchirure transfixiante du tendon infra-épineux, avec une mise à nu de la facette moyenne du trochiter (cf. rapport d'accident dressé le 21 septembre 2011 par la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale). 3. En incapacité totale de travail, l'assuré a annoncé l'évènement le 30 septembre 2011. !endif]>![if> 4. Le 20 décembre 2011, compte tenu de la persistance de douleurs, l'assuré a été opéré par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à l'hôpital de La Tour (arthroscopie de l'épaule droite, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie, réinsertion de la coiffe postéro-supérieure et résection du centimètre externe de la clavicule). !endif]>![if> Dans son rapport du 29 décembre 2011, ce praticien a posé les diagnostics de lésion traumatique de la coiffe des rotateurs droite aux dépens des tendons sus-épineux et infra-épineux, de tendinopathie de l'insertion du long chef du biceps et d'arthropathie acromio-claviculaire. Il a précisé que les suites opératoires étaient simples. 5. Le 1 er février 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a attesté que son patient se trouvait en rééducation pour une durée probable de six mois. L'incapacité de travail était totale et un dommage permanent était à craindre, du fait de douleurs persistantes et d'une rupture itérative. !endif]>![if> 6. Le 12 avril 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs à droite, suite à l'accident. L'évolution était progressivement favorable. La persistance de douleurs et le manque d'amplitudes empêchaient l'exercice d'une activité professionnelle. !endif]>![if> 7. Dans un rapport du 10 mai 2012, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a fait état d'une évolution favorable (nette diminution des douleurs et récupération quasi-complète des amplitudes articulaires). Le praticien relevait néanmoins que lorsque l'assuré avait tenté de reprendre son activité de cuisinier durant une matinée, des douleurs s'étaient manifestées l'après-midi même et le lendemain. Cela étant, le médecin préconisait la reprise du travail à temps partiel dès le 1 er juin 2012. !endif]>![if> 8. Le 15 juin 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que cette reprise du travail à temps partiel

avait échoué, en raison d'une nette recrudescence des douleurs au niveau de l'épaule, notamment lors du port de charges loin du corps. De ce fait, le médecin concluait à nouveau à une incapacité totale de travail dès le 4 juin 2012. 9. Le 9 août 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). 10. Le 12 septembre 2012, une échographie de l'épaule droite a montré une atteinte de la coiffe des rotateurs, sans évidence de déchirure, ainsi qu'un épaissement pariétal et un épanchement dans la bourse sous-acromiale, pouvant correspondre à une bursite. 11. Le 17 novembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic était très bon concernant la coiffe des rotateurs. Il ne comprenait pas l'évolution défavorable au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, toujours douloureuse. Il évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50% dès le 6 décembre 2012. 12. Par certificat médical du 7 décembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté de la persistance de l'incapacité de travail totale de son patient. 13. Le 15 mars 2013, sur mandat de l'assurance, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une expertise. 14. Dans son rapport du 18 mars 2013, l'expert a retenu les diagnostics de status après traumatisme de la voie publique, avec rupture du sus et sous-épineux de l'épaule droite, de status après intervention chirurgicale, de capsulite rétractile modérée, avec syndrome algique de l'épaule droite et de persistance d'une petite déchirure au niveau du sous-épineux droit, sans rétractation, laquelle pouvait expliquer la symptomatologie toujours présente. Les diagnostics posés résultaient entièrement de l'accident et il n'y avait pas d'état préexistant. L'assuré gardait une épaule douloureuse, fatigable et faible, empêchant la reprise du travail. Les douleurs résiduelles étaient occasionnées par les mouvements de l'épaule, lors d'amplitudes extrêmes, de répétitions et d'un usage de la force. L'expert préconisait une révision chirurgicale de la coiffe des rotateurs, avec une résection complémentaire de l'articulation acromio-claviculaire, afin de traiter les lésions mises en évidence par l'arthroscanner du 21 mars 2013, qui avait conclu à une perforation résiduelle de la partie antérieure du sous-épineux. A son sens, sans changement d'orientation thérapeutique, l'évolution se ferait vers une chronicisation des plaintes. En l'état, l'assuré restait inapte au travail. 15. Par courrier du 3 juin 2013, l'assurance a fait remarquer à l'expert qu'il n'avait pas répondu à la totalité des questions qu'elle lui avait soumises, en particulier celles concernant l'invalidité économique et l'atteinte à l'intégrité. 16. Dans un rapport complémentaire du 6 juin 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que s'il n'y avait pas répondu, c'était intentionnellement, en raison du fait qu'il existait deux possibilités thérapeutiques : la reprise chirurgicale ou l'abstention. 17. Dans l'hypothèse où l'état de santé était stabilisé et où il était renoncé à une reprise chirurgicale, l'assuré resterait totalement incapable d'effectuer des tâches manuelles avec l'épaule, en raison de la diminution de la force, de la fatigabilité engendrée par les mouvements répétitifs et des douleurs, mais la reprise à temps partiel d'une activité ménageant l'usage du membre supérieur lésé était envisageable (gardien de musée, par exemple). Des mesures de réadaptation pouvaient être supportées par l'assuré. 18. Le 17 juin 2013, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à son sens, une nouvelle prise en charge chirurgicale ne s'imposait pas en l'état. En effet, l'arthroscanner réalisé le 21 mars 2013 avait montré l'intégrité du tendon du sus-épineux et uniquement une petite fissuration de la partie antérieure du tendon infra-épineux. En outre, l'assuré suivait une reconversion professionnelle dans le cadre de l'assurance-invalidité pour devenir chauffeur

professionnel ; sa formation s'effectuait dans d'excellentes conditions, puisque l'assuré était très motivé et venait de passer le permis requis. La nécessité d'une arthroscopie devrait éventuellement être rediscutée en cas de nouvelles douleurs ou de péjoration. !

17. A nouveau interrogé par l'assurance, le Dr F \_\_\_\_\_ a encore précisé, en date du 5 juin 2014, que l'incapacité de travail était totale dans les domaines de la vente au détail, des services administratifs, du transport de personnes, de la livraison, de l'industrie manufacturière légère ou encore du conditionnement de produits. Une activité à 50% était envisageable en tant que réceptionniste, pour autant qu'elle n'implique pas un usage répétitif du membre supérieur dominant. Etait également considérée comme possible, à 100%, une activité de gardien de musée sans aucune tâche de nettoyage. !

18. Le 5 août 2014, une arthro-imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite a montré l'absence de rupture itérative, après une réparation de la coiffe des rotateurs, un status après ténodèse et ténotomie du biceps et une arthropathie acromio-claviculaire. !

19. Dans un rapport du 25 août 2014, le docteur G \_\_\_\_\_, médecin à l'hôpital de la Tour, a fait état de la persistance de douleurs au niveau acromio-claviculaire. Le médecin concluait à une incapacité de 60%. Un dommage permanent était à craindre. !

20. Dans un rapport du 8 septembre 2014, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué qu'aux dires de l'assuré, les douleurs persistantes l'empêchaient d'exercer à plus de 40%. D'un point de vue clinique, le praticien observait que le « testing » de l'épaule était douloureux, mais que la coiffe des rotateurs était compétente. D'après la dernière arthro-IRM, il y avait parfaite intégration du tendon. L'expert décelait toutefois une infiltration graisseuse de stade II à III du sous-épineux, qui pouvait engendrer une faiblesse et des douleurs persistantes. Selon l'expert, l'état de l'assuré ne devait pas se dégrader, mais il n'était pas garanti que les douleurs disparaissent avec le temps. !

21. Le 22 avril 2015, l'assurance a informé l'assuré qu'elle entendait mettre en œuvre une nouvelle expertise auprès du docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'en chirurgie de la main, pour déterminer les séquelles consécutives à son accident. !

22. Par courrier du 20 mai 2015, l'assuré s'y est opposé en rappelant qu'une expertise similaire et complète avait déjà été réalisée par le Dr F \_\_\_\_\_, dont l'assurance ne prétendait pas qu'elle serait lacunaire ou contradictoire. Il suggérait que des questions complémentaires soient adressées au premier expert. !

23. Le 14 juillet 2015, l'assurance a informé l'assuré qu'elle entendait mettre en œuvre une expertise auprès de la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR), sous la responsabilité du docteur I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, afin de procéder à une évaluation fonctionnelle. !

24. Par courrier du 17 juillet 2015, l'OAI a confirmé à l'assurance que son service médical régional (SMR) souhaitait partager les frais de l'expertise prévue à la CRR et poser des questions complémentaires, au sujet de l'évolution de la maladie, de l'incapacité de travail depuis le mois d'août 2013, des limitations fonctionnelles actuelles, notamment concernant l'épaule droite, et d'une éventuelle capacité de travail totale dans une activité adaptée. !

25. Par courrier du 3 août 2015, le Dr I \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évaluation fonctionnelle comprendrait différents volets : une évaluation des capacités fonctionnelles (physiothérapeute), une évaluation en ateliers professionnels (un maître socio-professionnel et un médecin) et un bilan en ergothérapie. L'assuré serait examiné par le Dr I \_\_\_\_\_ lui-même, en tant qu'expert principal, ainsi que par un expert de l'appareil locomoteur spécialisé dans les atteintes à l'épaule. !

26. Par courrier du 7 août 2015, l'assuré s'est opposé à ce qu'un mandat d'expertise soit confié à la CRR au motif qu'une

expertise avait déjà eu lieu, par le Dr F \_\_\_\_\_, dont le rapport ne contenait aucune ambiguïté, contradiction ou lacune. Par ailleurs, l'assuré faisait valoir qu'il ignorait les liens financiers existants entre l'assurance, la CRR et le Dr I \_\_\_\_\_ et qu'il souhaitait être renseigné sur le montant des honoraires qui leur avaient été versés par l'assurance au cours des cinq dernières années. 27. Par décision incidente du 18 août 2015, l'assurance a ordonné la mise en œuvre d'une expertise auprès de la CRR et la nomination du Dr I \_\_\_\_\_ en qualité d'expert, à charge pour lui de répondre aux questionnaires transmis le 14 juillet 2015 par l'assurance et le 17 juillet 2015 par l'OAI. L'assurance arguait que s'il semblait se confirmer que l'activité de cuisinier n'était plus exigible de l'assuré, la question de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses séquelles accidentelles nécessitait d'être éclaircie. Pour ce faire, une évaluation pluridisciplinaire des capacités fonctionnelles constituait la mesure la plus adéquate pour déterminer, d'une part, si l'activité de chauffeur était réellement adaptée à son état de santé et, d'autre part, la capacité résiduelle de travail dans cette activité ou dans une autre, plus adaptée. En effet, contrairement à une expertise médicale en cabinet, l'évaluation à la CRR se ferait sur plusieurs jours et en ateliers professionnels, ce qui permettait d'observer l'assuré en situation réelle et de mesurer concrètement la nature et l'ampleur des atteintes fonctionnelles consécutives aux séquelles accidentelles. L'équipe chargée de l'évaluation serait composée d'un médecin, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute et d'un maître socio-professionnel. Cette évaluation pluridisciplinaire, permettant d'orienter la réadaptation professionnelle sur une voie plus adaptée, devait être préférée à un complément d'expertise auprès du Dr F \_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'assurance contestait toute dépendance économique de la CRR à son égard - vu le faible nombre de ses assurés y étant hospitalisés -, ainsi que du Dr I \_\_\_\_\_ - qui ne facturait pas d'honoraires privés. 28. Le 18 septembre 2015, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, avec suite de frais et de dépens, à son annulation et à la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du Dr F \_\_\_\_\_. En premier lieu, le recourant invoque un déni de justice formel et une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'intimée de n'avoir ni expliqué pour quelles raisons son choix s'était dirigé vers un nouvel expert, ni communiqué le montant des honoraires versés à la clinique et au Dr I \_\_\_\_\_. En second lieu, il se plaint d'une violation de ses droits de participation à la mise en œuvre de l'expertise, dont il rappelle qu'elle doit, en principe, intervenir de manière consensuelle. Selon lui, la mise sur pied d'une nouvelle expertise ne se justifie pas, sur des questions identiques à celles déjà soumises au Dr F \_\_\_\_\_. L'argument d'une expertise plus fonctionnelle était démenti par le fait que l'intimée avait d'abord envisagé de mandater le Dr H \_\_\_\_\_, ce qui démontrait que la réalisation d'une expertise mono disciplinaire lui avait semblé suffisante, jusqu'à ce que le recourant exprime son désaccord quant à la personne de l'expert. Selon le recourant, il serait plus simple de continuer à interroger l'expert s'étant déjà exprimé. Le recourant rappelle qu'un assureur n'est pas libre de recueillir un second avis médical, lorsqu'une expertise probante a déjà été réalisée. 29. Dans sa réponse du 15 octobre 2015, l'intimée a conclu, préalablement, à la production du dossier de l'OAI et, principalement, au rejet du recours. Selon l'intimée, les motifs qui l'ont amenée, en collaboration avec l'OAI, à privilégier une évaluation fonctionnelle pluridisciplinaire de la capacité résiduelle de travail du recourant à une expertise en cabinet ressortent clairement de la décision litigieuse. Elle explique qu'une observation en atelier professionnel est plus à même de permettre de définir quelles activités seraient adaptées qu'une expertise en cabinet, celui-ci ne disposant ni de l'infrastructure, ni du temps

nécessaire pour évaluer le recourant. L'échec des mesures de réadaptation, que le Dr F\_\_\_\_\_ avait pourtant jugées possibles, justifie également un examen plus approfondi. Suite à cet échec, il convient d'apprécier la capacité de travail du recourant par des moyens d'évaluation différents de ceux dont disposait le Dr F\_\_\_\_\_. Même si certaines des questions du nouveau mandat se recourent inévitablement avec celles posées au premier expert, la différence réside dans le fait que les experts de la CRR y répondront en se basant sur les performances du recourant observées objectivement. Toutefois, l'intimée indique qu'elle ne s'oppose pas à ce que seules les cinq premières questions soient posées à la CRR ; elle admet que l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ répond de manière suffisante aux interrogations concernant la stabilisation de l'état de santé, les frais médicaux et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Pour le reste, l'intimée fait valoir que si les droits de participation des assurés sont certes étendus en cas de mise en œuvre d'une expertise, cela ne leur confère pas pour autant celui de s'opposer, sans motifs valables, aux experts proposés par l'assureur. En l'espèce, l'intimée constate qu'il n'a pas été possible de parvenir à un consensus entre les parties. 30. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 10 décembre 2015 devant la chambre de céans, l'intimée a expliqué que si elle a envisagé dans un premier temps de faire appel au Dr H\_\_\_\_\_, c'est au vu des disponibilités du Dr F\_\_\_\_\_. Par la suite, en reprenant le dossier suite à la contestation par le recourant de la désignation du Dr H\_\_\_\_\_, elle a pris connaissance du fait que la mesure professionnelle ordonnée par l'OAI auprès d'une société de taxi avait été interrompue avant son terme, raison pour laquelle elle a alors proposé un examen à la CRR, de concert avec l'OAI, dans le but de compléter les constatations médicales par une observation professionnelle. L'intimée souligne que la seule évaluation médicale au dossier est celle du Dr F\_\_\_\_\_, qui n'a pas spontanément répondu à la question de la capacité de travail, pourtant centrale. 31. Le recourant, pour sa part, conteste toute interruption de la mesure professionnelle mise en place par l'OAI. Il indique qu'il travaille toujours auprès de la société de taxi en tant qu'indépendant. Il précise avoir débuté son activité de chauffeur à plein temps, mais avoir été contraint de réduire son taux d'occupation à 50% quelques semaines après, en raison de ses douleurs. Pour le surplus, le recourant fait remarquer que l'intimée a eu accès au dossier de l'OAI avant d'envisager de mandater le Dr H\_\_\_\_\_. 31. Le 15 février 2016, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI. 32. Le 25 mars 2016, l'OAI a produit son dossier, lequel contient notamment les documents suivants : - une communication de l'OAI du 9 novembre 2012, octroyant au recourant des mesures d'intervention précoce en la forme de cours d'informatique, du 5 au 20 décembre 2012 ; - une note de travail de l'OAI du 11 mars 2013, indiquant que le recourant a suivi, outre des cours d'informatique, une formation pour obtenir le permis professionnel de chauffeur ; - une communication de l'OAI du 4 avril 2013, indiquant au recourant qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible pour l'heure, vu son état de santé ; - un courrier de l'intimée à l'OAI du 27 juin 2013, s'enquérant de la réussite de la reconversion professionnelle du recourant comme chauffeur professionnel et de la capacité de gain exigible ; - un rapport du 16 août 2013 du SMR, concluant à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni position bras au-dessus de la tête, ni port de charges et ce, dès l'échéance d'un délai de trois mois après l'opération du 20 décembre 2012 ; - un rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 27 novembre 2013, préconisant l'octroi de mesures professionnelles sous la forme d'un

placement à l'essai auprès d'un service de chauffeurs professionnels et de limousines, l'activité de chauffeur professionnel paraissant adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le SMR ; [endif]>[if> - le permis de chauffeur de taxi du recourant daté du 15 novembre 2012 ; [endif]>[if> - une communication de l'OAI du 4 mars 2014, confirmant le placement à l'essai du recourant auprès de l'entreprise Genève Taxi Sàrl, du 1<sup>er</sup> février au 30 juillet 2014 ; [endif]>[if> - une demande de prestations AI du 19 juin 2014, dans laquelle l'assuré indique exercer en tant que chauffeur de taxi indépendant depuis février 2014, à un taux de 50% ; [endif]>[if> - un rapport du 14 novembre 2014, clôturant la réadaptation professionnelle en raison de l'aggravation alléguée par l'assuré dans sa demande de prestations et de l'ouverture d'une nouvelle instruction médicale ; [endif]>[if> - un rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ à l'OAI du 18 décembre 2014, estimant la capacité de travail du recourant en tant que chauffeur de taxi à 50%, en raison de la persistance de douleurs et d'une limitation de la mobilité du membre supérieur droit ; [endif]>[if> - un rapport intermédiaire du 19 décembre 2014 du docteur J\_\_\_\_\_, médecin interne en orthopédie auprès de l'hôpital de la Tour, indiquant que l'état de santé du recourant est resté stationnaire, que ses limitations fonctionnelles résultent des douleurs et que l'évaluation de la capacité de travail n'est pas de son ressort. [endif]>[if> 33. Interrogé par la Cour de céans, le Dr I\_\_\_\_\_, de la CRR, a indiqué que celle-ci n'était plus disponible, vu le temps écoulé depuis l'acceptation du mandat. [endif]>[if> 34. Au vu de cet élément, la chambre de céans a accordé aux parties un délai au 21 mars 2016 pour se déterminer et proposer d'autres experts. [endif]>[if> 35. Par écriture du 10 mars 2016, l'intimée a persisté à requérir la mise en œuvre d'une évaluation pluridisciplinaire des capacités fonctionnelles du recourant. Elle estime que c'est la seule mesure d'instruction adéquate pour déterminer de manière probante sa capacité résiduelle de travail. [endif]>[if> Selon l'intimée, le courrier du Dr I\_\_\_\_\_ du 19 février 2016 ne constitue pas une fin de non-recevoir mais si tel était le cas, elle suggère que l'évaluation soit confiée à la Clinique de réadaptation de la SUVA à Bellikon, sous la responsabilité du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et en réadaptation. En effet, hormis la CRR à Sion, aucune autre institution en Suisse romande ne pratique l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF), selon le système reconnu et certifié par le Groupe Suisse de Travail pour la Réadaptation (GSR). A l'appui de sa position, l'intimée produit un tirage du descriptif de l'ECF figurant sur le site du GSR et la liste officielle des institutions ECF reconnues en Suisse. 36. Par écriture du 21 mars 2016, le recourant a persisté à solliciter la désignation du Dr F\_\_\_\_\_ en qualité d'expert. [endif]>[if> Le recourant soutient que ce médecin dispose de toutes les connaissances et spécialisations nécessaires pour fonctionner en cette qualité et que le travail qu'il a déjà accompli n'a pas donné lieu à des critiques. 37. Par écriture du 21 avril 2016, le recourant a une nouvelle fois persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> 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), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. [endif]>[if> 3. a. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les

a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42 consid. 2.1). Les décisions préjudicielles et incidentes désignent toutes les décisions qui ne mettent pas un terme à la procédure et qui ne sont dès lors ni des décisions finales, ni des décisions partielles (ATF 133 V 477 consid. 4.1.3). Selon l'art. 92 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110), les décisions préjudicielles et incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur la compétence ou sur une demande de récusation peuvent faire l'objet d'un recours (al. 1). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (al. 2). Les art. 45 et 46 de la loi sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021) prévoient les mêmes conditions de recours s'agissant des décisions administratives. Sur le plan cantonal, l'art. 57 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10) dispose que sont susceptibles d'un recours les décisions finales (let. a); les décisions par lesquelles l'autorité admet ou décline sa compétence (let. b); les décisions incidentes, si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. c). b. Interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56 et suivants LPGA, le recours du 18 septembre 2015, contre la décision incidente de l'intimée du 18 août 2015, portant sur la mise en œuvre d'une expertise, est recevable. 4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de soumettre le recourant à une seconde expertise médicale, en la forme d'une évaluation pluridisciplinaire de ses capacités fonctionnelles auprès d'une clinique de réadaptation. 5. A teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Cela étant, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (« second opinion ») sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2). La nécessité de mettre sur pied une nouvelle expertise découle ainsi du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des

conclusions dûment motivées de l'expert (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 ; U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4). Dans le domaine des assurances sociales, la tâche de l'expert consiste avant tout à porter un jugement sur l'état de santé de l'expertisé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 136 III 161 consid. 3.4.2). En particulier, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Toutefois, l'administration doit se laisser guider par les principes de l'état de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe de l'administration rationnelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et les références citées). Ainsi notamment, avant de se déterminer en faveur d'une nouvelle (deuxième) expertise médicale, l'administration doit tout d'abord examiner, si un complément d'instruction moins onéreux, pourrait satisfaire l'exigence d'une constatation des faits suffisante, avant d'avoir recours, de facto, à une nouvelle expertise médicale (voir arrêt du Tribunal administratif fédéral C-504/2011 consid. 2).

6. 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.

!endif]>!if> L'art. 36 LPGA, concernant plus particulièrement la récusation, dispose que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1). Si la récusation est contestée, la décision est rendue par l'autorité de surveillance. S'il s'agit de la récusation d'un membre d'un collège, la décision est rendue par le collège en l'absence de ce membre (al. 2). Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 par. 1 de la Convention européenne des droits de l'homme, 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. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2). 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). 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 effectivement pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). b. En matière de récusation, il convient toutefois de distinguer entre 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<sup>er</sup> 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. Le Tribunal a également jugé que les motifs dirigés contre l'expertise elle-même, par exemple parce qu'il s'agit d'une « second opinion », ou le type et l'étendue de l'expertise, par exemple concernant le choix des disciplines, étaient de nature matérielle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2013 du 10 février 2014 consid. 2.1). On rappellera que, dans l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a retenu qu'à défaut d'entente sur les spécialistes à retenir ou les modalités de l'expertise, l'autorité doit alors rendre une décision incidente sujette à recours auprès de la première instance judiciaire et que cette nouvelle voie de droit permet à l'assuré de soulever, avant même que l'administration se prononce sur le fond, des contestations d'ordre matériel telles que par exemple le grief que l'expertise prévue n'est pas nécessaire, dès lors que – vu l'état des faits suffisamment éclaircis – elle revient à une simple « second opinion » qui, de jurisprudence constante, ne saurait être admise. En outre, comme auparavant, l'intéressé peut mettre en avant des motifs formels de récusation liés à la personne de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.5 ss et les références citées). 7. Dans un arrêt de principe du 28 juin 2011, portant notamment sur les droits de participation des assurés lors de la désignation d'un expert par l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a admis que, selon une interprétation conforme à la Constitution (Cst – RS 101) et à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH – RS 0.101) de la notion de préjudice irréparable en tant que condition de recevabilité d'un recours, cette condition était réalisée s'agissant d'une décision incidente portant sur une expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). Le Tribunal fédéral a en effet retenu qu'il était nécessaire de renforcer les droits de participation des assurés lors de la mise sur pied d'expertises par les organes des assurances sociales et que cette nouvelle voie de droit devait permettre à l'assuré de soulever, avant même qu'un tel organe se prononce sur le fond, des contestations d'ordre matériel, outre des motifs de récusation formels (ATF 137 V 2010 consid. 3.4.2.5 ss et les références citées). Dans un arrêt subséquent du 13 août 2012, le Tribunal fédéral a en particulier précisé que, dans le domaine de l'assurance-accidents également (changement de la jurisprudence développée dans l'arrêt 132 V 93), il faut ordonner une expertise en cas de désaccord par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (respectivement du Tribunal administratif fédéral), et la personne assurée bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert. Les modalités à respecter se déterminent selon l'arrêt 137 V 2010 consid. 3.4.2.9 p. 258 appliqué par analogie (ATF 138 V 318 consid. 6.1). 8. En l'espèce, dans le cadre de son instruction, l'intimée a mis en œuvre une première expertise médicale auprès du Dr F\_\_\_\_\_, à laquelle le recourant s'est soumis. L'expert a ainsi rendu un rapport daté du 18 mars 2013, ainsi que deux compléments, les 6 juin 2013 et 5 juin 2014. Dans

la décision litigieuse, l'intimée ordonne la réalisation d'une seconde expertise médicale, en la forme d'une évaluation pluridisciplinaire des capacités fonctionnelles du recourant auprès d'une clinique de réadaptation, ce qu'elle estime être la mesure la plus adéquate pour évaluer sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Le recourant conteste, d'une part, la nécessité de diligenter une seconde expertise portant sur des questions identiques à la première, jugeant l'expertise réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_ probante. D'autre part, il émet des doutes quant à l'impartialité de l'expert et de la clinique choisis. Ce faisant, le recourant se prévaut de motifs tant formels que matériels pour s'opposer à l'expertise ordonnée par l'intimée. 9. D'un point de vue matériel, il convient d'examiner si, comme le soutient le recourant, l'expertise menée par le Dr F\_\_\_\_\_ est suffisante, de sorte qu'un second examen ne serait pas nécessaire et se révélerait être uniquement une "second opinion".

L'intimée le conteste et argue que la mesure d'instruction litigieuse se justifie essentiellement par le fait que l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'est pas claire. Elle relève en particulier que les mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI ont échoué, alors que le Dr F\_\_\_\_\_ lui-même avait jugé le recourant apte à les suivre. Sans préjuger de la valeur probante de l'ensemble de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ - que l'intimée n'a du reste pas expressément niée -, la Cour de céans observe que, dans son rapport du 18 mars 2013, l'expert fait état de limitations fonctionnelles, en raison des douleurs occasionnées par les mouvements de l'épaule lésée, lors d'amplitudes extrêmes, de répétitions et d'usage de la force. De ce fait, dans son complément du 6 juin 2013, il retient une incapacité de travail totale dans les activités sollicitant l'usage de cette épaule, soit, en particulier, dans les domaines du transport de personnes ou de chauffeur livreur, selon son second complément du 5 juin 2014. Or, il ressort du dossier produit par l'OAI que le recourant a obtenu un permis de chauffeur de taxi le 15 novembre 2012 et a été mis au bénéfice d'un placement à l'essai en cette qualité auprès d'une société de taxi par ledit office, du 1<sup>er</sup> février au 30 juillet 2014. Il a débuté cette activité à plein temps, avant de devoir abaisser son taux d'activité à 50% en juin 2014, voire à 40% selon ses déclarations au Dr D\_\_\_\_\_. Ces éléments de fait entrent manifestement en contradiction avec l'appréciation de la capacité résiduelle de travail à laquelle s'était livré le Dr F\_\_\_\_\_, puisque, contrairement à ce que ce dernier indiquait, l'assuré est capable d'exercer la profession de chauffeur à mi-temps et l'a même exercée à plein temps durant quelques mois. Cela vient appuyer la thèse défendue par l'intimée que la question de la capacité de travail résiduelle du recourant n'a pas été suffisamment élucidée et qu'il existe bel et bien un doute sur ses capacités fonctionnelles réelles, qu'une observation plus approfondie qu'en cabinet permettra d'éclaircir. Comme l'explique l'intimée, une évaluation à la CRR se fait sur plusieurs jours et en ateliers professionnels, ce qui permet d'observer l'assuré en situation réelle et de mesurer concrètement la nature et l'ampleur des atteintes fonctionnelles consécutives aux séquelles accidentelles. De plus, l'équipe chargée de l'évaluation est composée d'un médecin, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute et d'un maître socio-professionnel. En ce sens, une évaluation pluridisciplinaire des capacités fonctionnelles du recourant auprès d'une clinique de réadaptation apparaît bien plutôt comme un examen plus poussé des capacités fonctionnelles du recourant, en situation, qu'une véritable « second opinion ». D'ailleurs, l'intimée a proposé de limiter la mission d'expertise aux cinq premières questions du questionnaire établi le 14 juillet 2015, c'est-à-dire celles portant principalement sur la capacité de travail dans l'activité de chauffeur ou toute autre recommandée, ce dont il convient de lui donner acte. Peu importe que l'intimée ait envisagé, dans un premier temps, de mandater un autre expert en cabinet ou

non, dès lors qu'en définitive, il apparaît que la mesure préconisée apparaît bel et bien justifiée. 10. Reste à examiner, sur le plan formel, s'il existe des motifs de récusation justifiés. Le recourant se prévaut uniquement de l'existence de liens financiers entre l'intimée, le Dr I\_\_\_\_\_ et la CRR. On rappellera que, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, un médecin indépendant, ou une institution d'expertises soient 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). Par conséquent, force est de constater qu'il n'existe aucun indice objectif suffisant de prévention vis-à-vis du Dr I\_\_\_\_\_ et de la CRR et que le grief de déni de justice formel et de violation du droit d'être entendu invoqué par le recourant, en raison du défaut de transmission par l'intimée du montant des honoraires versés à cet expert et cette clinique, tombe à faux. Par ailleurs, le recourant n'émet aucune critique sur la personne même du Dr I\_\_\_\_\_ ou ses compétences professionnelles. Par conséquent, aucun motif ne s'oppose à ce que l'expertise nécessaire soit confiée à la CRR, sous la responsabilité des Drs I\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. A cet égard, la chambre de céans rejoint l'intimée sur le fait que, dans son courrier du 19 février 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ ne refuse pas catégoriquement le mandat d'expertise. Cela étant, si tel devait être le cas, rien ne s'opposerait alors à la désignation de la clinique de réadaptation de Bellikon, contre laquelle le recourant n'invoque pas de motif de récusation valable, se bornant à solliciter que le complément requis soit confié au Dr F\_\_\_\_\_. En un tel cas, il appartiendra toutefois à l'intimée d'informer le recourant des médecins et experts qui interviendraient concrètement et de lui donner la possibilité de s'exprimer sur ce point. 11. Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre de l'évaluation pluridisciplinaire sollicitée par l'intimée apparaît opportune et peut être confiée à la clinique romande de réadaptation à Sion (CRR), sous la responsabilité du Dr I\_\_\_\_\_, ou à la clinique de réadaptation de Bellikon, sous la responsabilité du Dr K\_\_\_\_\_ et d'autres experts qui auront, préalablement été annoncés au recourant. L'intimée s'est d'ores et déjà engagée à prendre en charge tous les frais liés à cette mesure d'instruction, conformément à l'art. 45 LPGA. Il convient de lui en donner acte. Pour le reste, on remarquera que le recourant ne s'est pas opposé à la collaboration de l'OAI à cette mesure. Mal fondé, le recours est rejeté. Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il ne peut prétendre une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4). Pour le reste, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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