

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 juillet 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Neu et Mme Pasche, juges  
Greffière : Mme Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Marc Mathey-Doret,  
avocat à Genève,

et

**P.**\_\_\_\_\_**SA**, à [...], intimée, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à  
Lausanne.

---

**Art. 43 et 44 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en tant que serveuse extra auprès de l'I.\_\_\_\_\_ et comme réceptionniste pour la R.\_\_\_\_\_, à [...].

Le 14 novembre 2010, l'assurée a glissé dans la cuisine de l'I.\_\_\_\_\_, entraînant une fracture transverse diaphysaire de l'humérus gauche (cf. déclaration d'accident LAA du 22 novembre 2010). Le lendemain, elle a subi une intervention chirurgicale, sous la forme de la mise en place de matériel d'ostéosynthèse, laquelle a été réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'assurée a présenté une incapacité de travail totale dès le jour de l'accident (cf. notamment certificat médical du Dr [...], médecin assistant auprès des Etablissements hospitaliers U.\_\_\_\_\_). P.\_\_\_\_\_SA (ci-après : P.\_\_\_\_\_SA ou l'intimée) a pris en charge le cas en tant qu'assureur-accidents.

Selon un rapport du 22 février 2011 du Dr Q.\_\_\_\_\_, l'évolution était marquée par une capsulite rétractile qui se manifestait par une limitation des amplitudes articulaires de l'épaule avec une rotation interne/externe à 90-0-0, abduction active 60°, antépulsion 60°, traitée par physiothérapie et prise d'antalgiques et anti-inflammatoires. Radiologiquement, la fracture n'était pas encore consolidée (rapport du 24 février 2011 du Dr [...], spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 3 juin 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de pseudarthrose, précisant qu'une nouvelle intervention aurait probablement lieu à la fin du mois d'août 2011 (ablation du matériel d'ostéosynthèse), laquelle permettrait, d'une part, d'exclure une composante infectieuse et, d'autre part, d'obtenir la consolidation de la fracture. Il expliquait également que le traitement de physiothérapie avait permis à la patiente de récupérer de bonnes amplitudes articulaires de l'épaule et que les douleurs étaient au niveau du bras dans son tiers

moyen et distal. L'examen radiologique du même jour a montré l'absence de changement significatif par rapport à l'examen précédent, à savoir que l'on retrouvait le trait de la fracture, ainsi que les bords sclérosés des fragments (rapport du 3 juin 2011 du Dr [...], spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 11 août 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et appareil locomoteur, a posé les diagnostics de pseudarthrose d'une fracture diaphysaire de l'humérus gauche, de capsulite rétractile de l'épaule gauche et de status post-fracture diaphysaire enclouée de l'humérus gauche. Il a proposé un traitement par ultrasons et en cas d'échec une nouvelle intervention chirurgicale.

Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a suivi l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, et proposé de revoir la patiente après le traitement par ultrasons, visant à consolider la fracture (cf. rapport du 5 août 2011).

Dans un rapport du 9 décembre 2011 au Dr X.\_\_\_\_\_, chef de Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier B.\_\_\_\_\_), le Dr Q.\_\_\_\_\_ a observé que l'évolution était lentement favorable, avec une bonne récupération des amplitudes articulaires de l'épaule et du coude, et que la coiffe était sensible avec une petite diminution de la force pour le sus-épineux. La capsulite rétractile était totalement récupérée. Il persistait sur les radiographies un trait visible, avec l'impression toutefois qu'il se comblait progressivement.

Dans un rapport du 20 décembre 2011, le Dr Farron, a posé le diagnostic de pseudarthrose hypertrophique diaphyse humérale gauche. Il a proposé à la patiente une prise en charge chirurgicale avec ablation du matériel d'oséosynthèse, une sonication à la recherche d'une infection lente, une décortication, une greffe, une réosthéosynthèse par plaque et une injection de Connexus. L'assurée souhaitait réfléchir aux traitements avant de prendre sa décision.

Dans ses rapports des 24 août et 25 octobre 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ a noté que la patiente avait fait de la stimulation par ultrasons depuis début avril 2012 et qu'elle avait repris le travail depuis le 18 juin 2012. Il restait quelques douleurs au changement de temps. Radiologiquement, la pseudarthrose s'était consolidée.

Dans un rapport du 23 novembre 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs ne se situaient plus au milieu du bras en regard de la pseudarthrose, mais plutôt à l'épaule, liées aux vis de verrouillage du matériel d'enclouage. L'examen clinique montrait une bonne récupération des amplitudes articulaires en antépulsion et en abduction, la rotation externe restait limitée à 30° pour 90° à droite. Une intervention chirurgicale pour l'ablation du clou huméral, ainsi qu'une arthrolyse chirurgicale a été programmée.

Le 28 janvier 2013, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale, sous la forme de l'ablation du clou huméral et d'une arthrolyse gléno-humérale, réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. protocole opératoire du 28 janvier 2013), entraînant une nouvelle période d'incapacité de travail.

Dans un rapport du 15 février 2013, les Drs Z.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et la Dresse [...], médecins-chefs respectivement médecin assistante aux Etablissements hospitaliers U.\_\_\_\_\_, ont retenu le diagnostic de status post-fracture de l'humérus gauche et enclouage centro-médullaire. Ils ont indiqué que les suites opératoires étaient simples et afebriles.

Dans un rapport du 8 mars 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution à six semaines de l'intervention était marquée par un syndrome neuroméningé au membre supérieur gauche, ainsi que par une limitation des amplitudes articulaires éventuellement associée à une capsulite rétractile. Il attestait une incapacité de travail entière.

Dans un rapport du 31 mai 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a observé que la fracture était parfaitement consolidée et que sa patiente souffrait probablement d'une inflammation de la coiffe des rotateurs, ainsi que d'un conflit sous-acromial traité par infiltration cortisonée. L'incapacité de travail restait entière.

Dans un avis du 27 juin 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de P.\_\_\_\_\_SA, a préconisé une rééducation à la Clinique [...] (ci-après : [...]). Toutefois, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'une infiltration avait permis de récupérer une épaule moins douloureuse, estimant qu'un séjour à la [...] n'était pas justifié pour l'instant. Il persistait toutefois une inflammation de la coiffe des rotateurs qui justifiait la réalisation d'une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique ; cf. lettre du 12 juillet 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_ au Dr K.\_\_\_\_\_). Un éventuel séjour à la [...] a donc été provisoirement suspendu (cf. avis du Dr K.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2013 et courrier de P.\_\_\_\_\_SA aux Etablissements hospitaliers U.\_\_\_\_\_ du 24 juillet 2013).

Le 29 juillet 2013, une arthro-IRM de l'épaule gauche a montré quelques déchirures partielles d'allure non transfixiante des tendons des muscles infra et surtout supra-épineux, étant précisé que l'interprétation de l'examen était délicate en raison de nombreux artéfacts métalliques post-opératoires. La trophicité de la musculature était par contre excellente (cf. rapport du 31 juillet 2013 du Dr [...], spécialiste en radiologie).

Selon un certificat médical du 9 août 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, l'assurée pouvait reprendre le travail à 20% dès le 9 septembre 2013. La physiothérapie avait permis de récupérer progressivement les amplitudes articulaires et le syndrome douloureux avait nettement diminué (cf. rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ daté du même jour).

P.\_\_\_\_\_SA a confié au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un mandat d'expertise. Celui-ci a établi son rapport le 24 octobre 2013. Il y a posé les

diagnostics de status près de trois ans après une fracture diaphysaire de l'humérus gauche, traitée par enclouage centro-médullaire statique, de capsulite rétractile secondaire de l'épaule gauche, de retard de consolidation de la fracture de l'humérus gauche, de status près de neuf mois après AMO et de remaniement post-opératoire modéré de la coiffe des rotateurs (sus et sous-épineux). L'examen médical a permis d'observer les amplitudes des épaules suivantes :

- « - Antepulsion : 170° à droite ; 150° à gauche.
- Abduction : 130° à droite ; 110 à gauche.
- RI/E (épaules en abduction) : 90/0/90° à droite ; 70/0/50° à gauche.
- Rotation externe II (coude au corps) : 60° à droite ; 25° à gauche.
- Rotation interne II : D5 à droite ; D12 à gauche. »

Le Dr T. \_\_\_\_\_ a notamment conclu ce qui suit (cf. rubrique « *appréciation du cas* ») :

« [...]

L'examen clinique est rassurant.

On observe, en premier lieu, une trophicité musculaire régionale préservée pour l'essentiel (mise à part une hypotrophie modérée et partielle du muscle deltoïde), témoin d'une utilisation quasi-normale du membre supérieur en question !

Il persiste un modeste degré de capsulite rétractile résiduelle de l'épaule, limitant les amplitudes d'environ 30%.

Un conflit sous-acromial est suspecté, dont l'appréciation nuancée est difficile compte tenu d'une certaine exagération de la part de la patiente.

L'arthrographie-IRM de juillet 2013 avait donc montré un remaniement habituel de la coiffe, après passage d'un clou, toutefois sans lésion transfixiante. Cette coiffe paraît parfaitement fonctionnelle.

On est aussi frappé par une nette hypersensibilité au toucher qui dépasse très largement la seule épaule, voire la seule région sous-acromiale, élément qui majore l'impression d'exagération (ou d'une influence de facteurs extra- anatomiques).

Les radiographies actuelles de l'épaule gauche sont elles aussi rassurantes, l'architecture trabéculaire et la trophicité osseuse étant préservée, idem pour l'espace sous-acromial, sans évidence de calcification des parties molles.

Nous avons vu plus haut que l'enclouage centro-médullaire n'a pas généré de troubles torsionnels de l'humérus.

Enfin, la scintigraphie osseuse actuelle ne montre aucun élément rentrant dans le cadre d'une algo-neuro-dystrophie floride. Tout au plus montre-t-elle une minime hyperfixation du trochiter, juxtant

l'entrée du clou, compatible avec un remaniement cicatriciel résiduel.

En définitive, la fracture de l'humérus ne laisse pas de séquelle anatomique. Le tableau actuel est dominé en partie par les séquelles d'une capsulite de l'épaule, appelée à s'améliorer dans le temps (de la même manière qu'elle le fut à la fin 2011, selon les dires du chirurgien traitant). Un conflit sous-acromial, encore une fois modeste, ne peut être écarté. Il existe aussi un phénomène d'exagération (compréhensible compte tenu d'un cursus difficile, chez une patiente psychiquement fragile) qui rend difficile une appréciation plus nuancée du tableau global.

En considérant les éléments probants (capsulite, possible conflit), la poursuite d'un traitement fonctionnel me semble nécessaire, essentiellement dans le sens d'un programme d'auto-entraînement, de préférence en piscine.

Quelques séances de kinésithérapie à sec, pour contrôle/tonification des muscles abaisseurs, et poursuite de l'assouplissement en passif, aideront encore la patiente.

Antalgie en réserve.

Sur le plan de l'activité professionnelle, il n'existe à mon avis pas d'obstacle majeur à ce que Mme W. \_\_\_\_\_ augmente sa capacité de travail. Surtout si la reprise est faite par paliers. Je rappelle qu'une telle reprise fait partie intégrante de la rééducation des capsulites. Plus encore, chez Mme W. \_\_\_\_\_, une large palette de ses activités au sein de l'espace bien-être (je pense à l'accueil, à la réception, la traduction et la surveillance), peut s'accomplir sans restriction particulière.

En conséquence, une CT de l'ordre de 40% est proposée au plus tard pour la fin novembre 2013, avec possibilité d'augmentation par paliers de 20% tous les deux mois, plan qui laisse une très large place au principe de ré-entraînement au travail.

En revanche, il est trop tôt pour envisager une reprise de l'activité de serveuse et d'organisatrice/préparatrice de tables (activités qui ne peuvent être séparées dans ce cas précis), en raison de l'implication physique que demande la mise en place de brunchs, telle qu'elle a été décrite par la patiente, et qui est limitée par la capsulite résiduelle, nettement moins par un possible conflit sous acromial.

Concernant le remaniement des tendons de la coiffe des rotateurs, son implication dans le cursus subjectif de Mme W. \_\_\_\_\_ reste encore une fois difficilement appréciable (eu égard essentiellement à la haute probabilité d'un phénomène d'exagération). Dès lors, l'attitude conservatrice reste de mise.

## REPONSE AUX QUESTIONS

- 1. Anamnèse :** Cf. point 1 du texte.
- 2. Plaintes subjectives :** Cf. point 1 du texte.
- 3. Constatations objectives :** Cf. points 3 et 4 du texte.
- 4. Diagnostic exact :** Cf. point 5 du texte.

**5. Y a-t-il des facteurs indépendants de l'accident qui jouent un rôle dans ce cas...? :**

L'influence de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas est hautement suspectée.

**6. Causalité naturelle ... entre les troubles constatés et l'événement..? :**

Une relation de causalité partielle est admise entre l'événement qui nous concerne et les plaintes/troubles constatés.

**7. L'accident n'a-t-il entraîné qu'une aggravation passagère de l'état de santé dans le sens que le status quo ante/sine est atteint...? :**

Aucun état anatomique pathologique antérieur, intéressant l'épaule/humérus gauche, n'a pu être objectivé.

Le status quo ante, pour les seules suites de l'événement qui nous concerne, n'a pas été retrouvé, compte tenu des séquelles (anatomiques/fonctionnelles) encore objectivables.

**8. Traitement médical actuel ? Des mesures... :**

Cf. fin d'appréciation.

**9. Capacité de travail (espace bien-être} pour les seules suites de l'événement du 14.11.10 ? :**

Cf. fin d'appréciation. CT actuelle de 20%. Proposition d'une CT de 40% au plus tard pour la fin novembre 2013. Possibilité d'une augmentation de la CT, de 20% par deux mois, par la suite.

**10. Capacité de travail (serveuse-brunchs) pour les seules suites de l'événement du 14.11.10 ? :**

Cf. fin d'appréciation. A évaluer dans quelques mois, après récupération de la capsulite.

**11. Dans quelle mesure l'assurée n'est plus capable, d'une manière durable, d'accomplir son travail...? :**

Cf. questions 9 et 10.

**12. L'assurée subit-elle une atteinte importante et durable à l'intégrité...? :**

Trop tôt pour se prononcer, l'état de la patiente, relatif à l'événement du 14 novembre 2010, n'étant pas encore stabilisé.

**13. Au cas où l'état de santé est stabilisé et où il subsiste une capacité de travail résiduelle, y a-t-il des mesures médicales...? :**

Cf. appréciation. Programme d'auto-entraînement. Kinésithérapie. Antalgie en réserve.

**14. Au cas où l'état de santé est stabilisé et où il ne subsiste pas de capacité de travail résiduelle, y a-t-il des mesures médicales...? :**

Cf. question précédente. »

Par décision du 12 novembre 2013, P. \_\_\_\_\_ SA a confirmé la poursuite de la prise en charge d'un traitement fonctionnel et d'une

indemnisation pour son arrêt de travail comme suit (se terminant le 1<sup>er</sup> juin 2014) :

« - reprise du travail à 40% au 1<sup>er</sup> décembre 2013 puis,  
- à 60% au 1<sup>er</sup> février 2014,  
- à 80% au 1<sup>er</sup> avril 2014,  
- à 100% au 1<sup>er</sup> juin 2014. Dès cette date, plus aucune indemnité journalière en lien avec votre accident ne vous sera versée. »

Le 10 décembre 2013, l'assurée, par son conseil, s'est opposée à la décision de P. \_\_\_\_\_ SA du 12 novembre 2013, laquelle mettait fin au versement d'indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> juin 2014.

Le 29 janvier 2014, l'assurée a complété son opposition et transmis les rapports des 23 décembre 2013 et 21 janvier 2014 du Dr Q. \_\_\_\_\_. Dans le rapport du 23 décembre 2013, il a indiqué que sa patiente avait des difficultés à travailler à 40% et que dès lors elle devait éviter de travailler plus d'un jour sur deux et plus de cinq heures par jour. Dans le rapport du 21 janvier 2014, il a mentionné que cet aménagement permettait une certaine stabilisation de la situation, préconisant sa poursuite en janvier et février, une augmentation à 60% étant prévue le 1<sup>er</sup> mars 2014.

Par courrier du 9 mai 2014, P. \_\_\_\_\_ SA a informé l'assurée qu'elle modifiait le paiement des indemnités journalières conformément aux certificats médicaux du Dr Q. \_\_\_\_\_, soit pour une capacité de travail de 20% dès le 9 septembre 2013, 40% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013 et 60% dès le 1<sup>er</sup> mars 2014. P. \_\_\_\_\_ SA indiquait en outre qu'elle allait organiser une expertise complémentaire auprès du Dr T. \_\_\_\_\_ pour faire le point de la situation.

Par courrier du 9 mai 2014, l'assurée a transmis à P. \_\_\_\_\_ SA un rapport du 5 mai 2014 du Dr Q. \_\_\_\_\_. Ce rapport fait état d'une augmentation du syndrome douloureux au membre supérieur droit en raison d'une probable surcharge liée à la pathologie post-traumatique du membre supérieur gauche. La capacité de travail de l'assurée restait dès lors de 60% pour une durée indéterminée.

Par courrier du 13 mai 2014 à P.\_\_\_\_\_SA, l'assurée a demandé, en vue de la mise en œuvre d'un complément d'expertise, une liste de trois spécialistes autres que le Dr T.\_\_\_\_\_, estimant qu'il avait minimisé les répercussions de son atteinte sur sa capacité de travail.

Selon un certificat médical du 24 juin 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_, l'assurée présentait une incapacité de travail dans toute activité avec port de lourdes charges dans l'hôtellerie pour une durée indéterminée. Dans son rapport daté du même jour, il a joint le rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 22 mai 2014, laquelle a montré une arthrose acromio-claviculaire, un conflit sous-acromial ainsi qu'une tendinite du sous-épineux. Il existait également une petite lésion de type SLAP et un long chef du biceps enflammé.

Les 24 juin 2014, P.\_\_\_\_\_SA a fait parvenir à l'assurée une convocation pour un complément d'expertise auprès du Dr T.\_\_\_\_\_.

Le 9 juillet 2014, l'assurée a derechef sollicité une proposition de trois noms d'experts.

Le 14 juillet 2014, P.\_\_\_\_\_SA a rendu une décision incidente ordonnant la mise en œuvre d'une expertise complémentaire auprès du Dr T.\_\_\_\_\_.

**B.** Par acte du 8 août 2014, W.\_\_\_\_\_, par son conseil, a interjeté recours contre la décision de P.\_\_\_\_\_SA du 14 juillet 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à P.\_\_\_\_\_SA afin qu'elle désigne un autre expert que le Dr T.\_\_\_\_\_, en priorité par voie consensuelle, à défaut de lui proposer au moins trois noms de spécialistes. En substance, elle fait valoir que les circonstances justifient la récusation du Dr T.\_\_\_\_\_ en tant qu'expert pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise, celui-ci ayant minimisé les atteintes à sa santé, retenant un phénomène d'exagération

et de majorations des plaintes dans sa première expertise. En outre, la recourante soutient qu'en suivant l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'évaluation de son incapacité de travail, l'intimée a renié la force probante de l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_, raison supplémentaire à la nomination d'un autre expert. La recourante se réfère à un arrêt du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), lequel mentionne qu'il convient d'accorder une importance plus grande à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise que par le passé.

Le 29 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Par courrier du 20 février 2015, le juge instructeur a informé les parties que sauf nouvelles réquisitions, un jugement serait rendu.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Compétente pour connaître du contentieux qui opposerait la recourante à

P. \_\_\_\_\_ SA sur le fond, la Cour de céans l'est également pour connaître du présent recours incident.

**c)** En l'espèce, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** Le litige porte sur la décision incidente du 14 juillet 2014 rendue par P. \_\_\_\_\_ SA relative au choix de l'expert, le Dr T. \_\_\_\_\_, dans le cadre de la mise en œuvre d'une expertise complémentaire portant sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante.

**3. a)** 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 (art. 43 al. 1 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 (art. 44 LPGA).

**b)** Aux termes de l'art. 34 LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), les juges et les greffiers se refusent :

« a. s'ils ont un intérêt personnel dans la cause;

b. s'ils ont agi dans la même cause à un autre titre, notamment comme membre d'une autorité, comme conseil d'une partie, comme expert ou comme témoin;

c. s'ils sont liés par les liens du mariage ou du partenariat enregistré ou font durablement ménage commun avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente;

d. s'ils sont parents ou alliés en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré inclus, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente;

e. s'ils pouvaient être prévenus de toute autre manière, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire. »

Les motifs formels de récusation prévus par cette disposition sont applicables, par analogie, à la récusation d'un expert en procédure administrative fédérale, notamment en droit des assurances sociales (par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA, 19 PA et 58 al. 1 PCF [loi fédérale du 4 décembre 1947 de procédure civile fédérale ; RS 273]).

Par ailleurs, d'après la jurisprudence, le seul fait qu'un médecin a déjà réalisé une première expertise à un stade antérieur de la procédure administrative n'exclut pas d'emblée sa désignation pour la réalisation d'une nouvelle expertise ou d'une complément d'expertise (cf. ATF 132 V 93 consid. 7.2).

**c)** Dans un ATF 137 V 210 (consid. 3.4.2, en particulier consid. 3.4.2.4, 3.4.2.6 et 3.4.2.7), le Tribunal fédéral a constaté que l'expertise ordonnée en procédure administrative revêt souvent une importance déterminante, non seulement pour la procédure de décision par l'assureur social concerné, mais également, en cas de recours, dans la procédure judiciaire subséquente. En effet, il n'existe pas de droit à une expertise judiciaire lorsque l'expertise réalisée au stade de la procédure administrative est jugée suffisamment probante par le tribunal saisi. Le Tribunal fédéral a donc considéré qu'un renforcement des droits de participation de l'assuré à l'administration de l'expertise, au stade de la procédure administrative déjà, était nécessaire pour garantir une procédure équitable conforme aux exigences des art. 29 al. 1 et 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), et 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101). Selon cette jurisprudence, il appartient désormais à l'assureur social concerné de chercher à se mettre d'accord avec la personne assurée sur le choix de l'expert. En cas d'échec, l'assureur doit rendre une décision incidente contre laquelle la personne assurée peut recourir immédiatement. Elle peut alors soulever des motifs formels de récusation, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Dans ce contexte, le tribunal saisi du recours contre la décision incidente admettra en principe que celle-ci comporte pour

l'assuré un risque de préjudice irréparable, au sens de l'art. 46 al. 1 let. a PA (applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA), en d'autres termes, que l'assuré dispose d'un intérêt digne de protection à l'annulation immédiate de la décision en question (sur le risque de préjudice irréparable au sens de l'art. 46 al. 1 let. a PA, cf. ATF 130 II 149 consid. 1 et les références ; ATAF B-7084/2010 du 6 décembre 2010, consid. 1.5.2).

**4. a)** Dans un premier moyen, la recourante soutient qu'il existe un motif de récusation du Dr T.\_\_\_\_\_ en tant qu'expert, celui-ci ayant minimisé les atteintes à sa santé, retenant un phénomène d'exagération et de majoration des plaintes dans sa première expertise, et ayant également utilisé, dans son rapport, des points d'exclamation et des termes illustrant son incrédulité face à ses douleurs.

Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne voit pas que l'expertise établie par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 24 octobre 2013 contiendrait des jugements de valeur ou quelque appréciation dépréciative ou subjective qui viendraient entâcher de partialité ses conclusions. Le rapport est établi de manière neutre et ne traduit pas de parti pris de l'expert. En particulier, deux points d'exclamation contenus dans tout le rapport et le fait que l'expert a noté, relativement sobrement, un phénomène d'amplification des plaintes, précisant même qu'il était compréhensible au vu des circonstances, ne permettent pas de considérer que ledit rapport ne répondrait pas aux réquisits jurisprudentiels. Il convient en conséquence d'écarter les griefs de prévention formulés par la recourante à l'encontre de l'expert mandaté par l'intimée.

**b)** Dans un deuxième moyen, la recourante fait valoir qu'en suivant l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'évolution de sa capacité de travail, l'intimée a implicitement nié toute valeur probante à l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_.

Se basant sur les conclusions retenues par l'expert, l'intimée a rendu sa décision du 12 novembre 2013, par laquelle elle observait que la capacité de travail de la recourante était exigible à 40% dès le 1<sup>er</sup>

décembre 2013, à 60% dès le 1<sup>er</sup> février 2014, puis à 80% dès le 1<sup>er</sup> avril 2014 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2014. L'indemnisation de la perte de gain suivait cette évolution. La recourante s'est toutefois opposée à cette décision et a transmis des rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_ des 23 décembre 2013 et 21 janvier 2014. Le premier de ces rapports retient une capacité de travail de la recourante de 40% et le second rapport fixe la reprise du travail à 60% dès le 1<sup>er</sup> mars 2014. Par courrier du 9 mai 2014, P.\_\_\_\_\_SA a dès lors informé la recourante qu'elle modifiait le paiement des indemnités journalières conformément aux certificats médicaux du Dr Q.\_\_\_\_\_, soit pour une capacité de travail de 20% dès le 9 septembre 2013, 40% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013 et 60% dès le 1<sup>er</sup> mars 2014. P.\_\_\_\_\_SA indiquait en outre qu'elle allait organiser une expertise complémentaire auprès du Dr T.\_\_\_\_\_ pour tenir compte de l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis la première expertise. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne s'agit pas d'une remise en cause, par l'intimée, de la valeur probante de la première expertise du Dr T.\_\_\_\_\_. L'intimée a simplement admis que la capacité de travail de la recourante n'avait peut-être pas évolué exactement comme l'expert l'avait anticipé, compte tenu des rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_, ce qui justifiait une expertise complémentaire. En outre, le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ corrobore l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de 40% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014. Ainsi, les griefs de la recourante relatifs à l'absence d'objectivité du Dr T.\_\_\_\_\_ au motif qu'il aurait déjà établi un premier rapport d'expertise sont donc mal fondés, la valeur probante de ce premier rapport n'étant pas en cause, mais uniquement l'évolution de la capacité de travail postérieurement à ce rapport.

**c)** Enfin, dans un dernier moyen, la recourante conteste la désignation du Dr T.\_\_\_\_\_ au motif que sa désignation n'aurait pas été effectuée de manière consensuelle, se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210).

Dans l'arrêt Casso AI 143/12 du 26 août 2013, la Cour de céans, en se fondant sur l'ATF 137 V 210, a jugé que si la recherche d'une

solution consensuelle était certes souhaitable, l'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'était pas en soi un droit justiciable, respectivement que seule pouvait être sanctionnée juridiquement la violation des droits de participation tels que prévus à l'art. 44 LPGGA, un assuré non seulement ne disposant pas d'un droit de veto quant au choix d'un expert, mais ne pouvant alléguer l'absence de concertation de la part de l'assureur pour requérir, au titre d'un droit de participation à la procédure, un renvoi de l'affaire dans le but d'une désignation consensuelle de l'expert. En l'espèce, il était relativement logique que l'intimée désigne à nouveau le Dr T. \_\_\_\_\_ pour qu'il examine l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la dernière expertise. P. \_\_\_\_\_ SA avait donc de bons motifs pour ne pas entrer en matière sur la demande de la recourante de proposer trois noms d'experts. 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. Au surplus, les droits de participation de la recourante au sens de l'art. 44 LPGGA ont été respectés, la recourante ayant eu notamment l'occasion, à la suite du courrier du 9 mai 2014 de P. \_\_\_\_\_ SA, d'exposer les motifs de récusation à la nomination de l'expert T. \_\_\_\_\_.

Cela étant, la décision incidente rendue le 14 juillet 2014 par P. \_\_\_\_\_ SA désignant le Dr T. \_\_\_\_\_ comme expert pour établir un complément d'expertise n'est pas critiquable.

**5. a)** En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens (cf. art. 61 let. g LPGGA et 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté.

II. La décision incidente du 14 juillet 2014 rendue par P.\_\_\_\_\_SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Marc Mathey-Doret (pour W.\_\_\_\_\_),
- P.\_\_\_\_\_SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :