

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2173/2019

ATAS/637/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt incident du 4 juillet 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Ontario, N2KOB3 CANADA,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric  
MAUGUÉ

recourant

contre

HDI GLOBAL SE, sis avenue d'Ouchy 14, LAUSANNE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant) a été engagé en qualité d'hockeyeur professionnel par B\_\_\_\_\_ (l'employeuse) pour deux saisons successives, la dernière débutant le 10 août 2017 et se terminant le 31 mai 2018. À ce titre, il était assuré auprès de HDI Global SE (ci-après l'assureur ou l'intimé) pour l'assurance-accidents obligatoire et complémentaire.
2. L'employeuse a adressé à l'assureur, le 12 février 2018, une déclaration d'accident LAA annonçant que l'assuré s'était blessé le 1<sup>er</sup> février 2018 et qu'il avait subi une torsion du poignet droit et une entorse du poignet droit en chutant lors d'un match de hockey.
3. Le 5 juin 2018, l'assureur a informé l'assuré que pour déterminer la suite de son intervention, il le priait de bien vouloir se soumettre à une expertise médicale, qui avait été confiée au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique de la main FMH, à Lausanne, le 14 septembre 2018.
4. Le 5 juin 2018, l'assureur a transmis au Dr C\_\_\_\_\_ la mission d'expertise et le dossier médical de l'assuré.
5. Par décision du 5 juin 2018, l'assureur a informé l'assuré qu'il lui versait l'indemnité journalière à 100% du 1<sup>er</sup> mai 2018 jusqu'au 31 mai 2018.
6. Le 22 juin 2018, l'assuré a contesté le choix du Dr C\_\_\_\_\_, car celui-ci n'avait pas été désigné par l'assureur de façon consensuelle, conformément aux exigences fixées par le Tribunal fédéral. Pour des motifs pratiques, il était indiqué de désigner un expert au Canada, où il était retourné.
7. Le 31 juillet 2018, l'assureur a prié l'assuré de se rendre à la consultation d'expertise fixée, dès lors que celui-ci n'avait pas de nouvel emploi, précisant que ses frais de voyage seraient indemnisés. Il devait se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci étaient nécessaires à l'appréciation du cas et s'ils pouvaient être raisonnablement exigés, selon l'art. 43 al. 2 LPGA, faute de quoi l'assureur pouvait se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière.
8. Le 31 juillet 2018, l'assureur a informé l'assuré que, sur la base des renseignements médicaux en sa possession, il réglait l'indemnité journalière à 100% le 1<sup>er</sup> mai 2018, à 75% du 2 au 15 mai 2018, à 50% du 16 mai au 12 juin 2018 et à 25% du 13 juin au 31 juillet 2018. Il déduisait les indemnités journalières versées à 100% du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2018.
9. Le 8 août 2018, l'assuré a contesté le calcul des indemnités journalières de l'assureur. Son contrat de travail prévoyait le versement d'une rémunération dans la mesure où il était apte à jouer des matchs. La validité de son contrat était d'ailleurs subordonnée à un examen médical attestant de sa pleine capacité pour exercer une telle activité. Ce contrat de travail ne disposait pas qu'il serait rémunéré à raison de 25% pour signer des autographes, respectivement 50%, voire 75%, pour réaliser des

entraînements. Cette prétendue capacité résiduelle de travail ne lui permettait pas de générer des revenus dans son activité habituelle. Compte tenu des éléments médicaux concordants figurant au dossier, selon lesquels il ne pourrait pas jouer de match, jusqu'au mois de septembre suivant, il appartenait à l'assureur de lui verser, jusqu'à cette date, 100% des indemnités journalières. L'assureur n'était en outre pas fondé à mettre en œuvre unilatéralement un expert sans tenter au préalable de parvenir à une désignation consensuelle. En l'espèce, l'assuré avait suggéré que l'expertise soit confiée à un médecin au Canada, dès lors qu'il résidait désormais dans cet État où se trouvaient de nombreux spécialistes en médecine du sport aptes à apprécier les capacités professionnelles de joueurs de hockey professionnels. L'assureur avait décidé de recourir au Dr C\_\_\_\_\_, sans motiver sa décision ni lui permettre de formuler des contre-propositions. Un tel procédé n'était pas compatible avec la jurisprudence. Si l'assureur persistait à ne pas accéder à sa demande raisonnable de désigner un expert au Canada, l'assuré souhaitait que l'expertise soit, en tout état de cause, confiée à des spécialistes en médecine du sport. Dès lors qu'il s'agissait d'apprécier sa capacité à reprendre son activité habituelle d'hockeyeur professionnel, il convenait de s'adresser à des spécialistes à même d'apprécier correctement la situation. L'hôpital de la Tour disposait d'un centre dédié à la médecine du sport.

10. Le 31 août 2018, l'assureur a informé l'assuré qu'en ce qui concernait l'indemnisation de la perte de gain, il avait versé les montants reconnus jusqu'au 31 juillet 2018. Pour ce qui était de l'expertise médicale, à moins que le médecin traitant de l'assuré puisse lui certifier que l'évolution médicale actuelle permettait la reprise totale des activités dès le 21 septembre 2018, il maintenait l'expertise. Aucun élément objectif ne permettait de retenir une prévention de l'expert. Il ne s'opposait pas à l'avance de frais de voyage et de séjour. Il réservait un montant de CHF 2'000.- à faire valoir sur les justificatifs qui devraient lui être soumis. À la suite du rapport d'expertise, il confirmerait sa prise de position définitive sous forme d'une décision.
11. Le 3 septembre 2018, l'assuré a demandé à l'assureur de lui notifier une décision sujette à opposition. L'assureur maintenait la désignation du Dr C\_\_\_\_\_ sans faire valoir d'éléments objectifs pour ne pas entrer en matière sur la proposition que l'assuré avait formulée.
12. Le 11 octobre 2018, l'assureur a pris acte du refus de collaborer de l'assuré, qui ne s'était pas présenté, sans s'être excusé, au rendez-vous fixé le 14 septembre 2018 par le Dr C\_\_\_\_\_. Il devait instruire les cas. L'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'était pas un droit justiciable en soi et seules des raisons pertinentes, et non de vagues sous-entendus, permettaient de récuser un expert. Avant de se prononcer par décision, il demandait à l'assuré de lui préciser, d'ici au 20 octobre 2018, en quoi consistait actuellement son emploi du temps depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2018 (description de ses journées-type et évolution de la situation actuelle).

13. Le 26 novembre 2018, l'assuré a formé un recours pour déni de justice auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
14. Par arrêt du 25 février 2019, cette dernière a dit que le recours était devenu sans objet, l'assureur ayant rendu une décision dans l'intervalle.
15. Le 4 mars 2019, l'assureur a informé l'assuré qu'il allait procéder à une expertise médicale afin d'examiner l'obligation de sa prise en charge du cas. Il lui proposait deux nouveaux noms d'experts, soit le docteur H\_\_\_\_\_ ou le docteur I\_\_\_\_\_, tous deux experts SIM certifiés et spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie.
16. Le 19 mars 2019, l'assuré a estimé que l'assureur ignorait délibérément, une fois encore, la jurisprudence qui lui imposait de tenter de parvenir à une désignation consensuelle de l'expert. Il s'agissait de mettre en œuvre une expertise qui portait sur l'incapacité de travail d'un joueur de hockey professionnel. Une spécialisation en médecine du sport paraissait un prérequis incontournable pour mener à bien une telle mission. Suite à un entretien téléphonique avec son ancien conseil, Maître Didier ELSIG, quatre noms d'experts avaient été proposés à savoir, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, spécialiste en médecine du sport, de l'hôpital de la Tour, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, de l'hôpital de la Tour, le professeur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecine du sport, de la clinique de la Colline et le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecine du sport, de la clinique de la Colline. Sans même discuter ses suggestions, l'assureur proposait à nouveau unilatéralement des médecins, qui ne présentaient aucune compétence particulière en matière de médecine du sport. À l'instar du Dr C\_\_\_\_\_, ces derniers étaient très régulièrement mandatés par les assurances et entretenaient des rapports étroits avec celles-ci. Le Dr H\_\_\_\_\_ était ainsi membre du cercle des prestataires médicaux de « Allianz Worldwide Care » et médecin-conseil d'Axa Assurances. Quant au Dr I\_\_\_\_\_, il fonctionnait en qualité de médecin-conseil du groupe Mutuel et de la SUVA. De tels profils conduisaient à émettre de sérieuses réserves quant à leur impartialité. L'assuré demandait donc à l'assureur de prendre en considération ses suggestions.
17. Le 21 mars 2019, l'assureur a rappelé qu'il avait renoncé au premier expert proposé, quand bien même l'assuré n'avait avancé aucun motif objectif de récusation. Ce dernier refusait les deux nouveaux experts proposés qui étaient pourtant également au bénéfice d'une formation d'expert SIM. Une telle obstruction était incompréhensible. L'assuré omettait que le choix de l'expert ainsi que la mise en œuvre d'une expertise étaient du ressort et de la compétence de l'assureur-accidents LAA. Les juges cantonaux genevois n'avaient pas dit autre chose dans leur récente décision incidente du 25 février 2019, indiquant au passage qu'aucun élément objectif ne permettait de retenir la prévention de l'expert C\_\_\_\_\_. Le fait qu'ils étaient des spécialistes, non seulement en orthopédie mais

également en expertises médicales ne pouvait faire obstacle à leur fonctionnement comme experts, ce d'autant plus s'ils fonctionnaient également comme médecin-conseil de l'un ou l'autre assureur concurrent. Cela ne constituait pas un motif de récusation. Les experts proposés par l'assuré ne disposaient pas de formation SIM en expertise, raison pour laquelle il n'y avait aucune raison de s'écarter de ses propositions. L'assureur allait donc arrêter son choix sur le Dr I\_\_\_\_\_. En cas de refus de l'assuré de se soumettre à l'expertise, les frais seraient mis à sa charge et il reviendrait à la chambre des assurances sociales de se pencher à nouveau sur son obstruction systématique.

18. Le 22 mars 2019, l'assuré a invité l'assureur à lui notifier sans délai une décision incidente sujette à recours.
19. Le 7 mai 2019, l'assuré a adressé un rappel à l'assureur.
20. Par décision du 17 mai 2019, l'assureur a désigné le Dr I\_\_\_\_\_ pour procéder à l'expertise de l'assuré, précisant que l'assuré pouvait former opposition à cette décision dans le délai de trente jours et que l'effet suspensif d'une éventuelle opposition était retiré.
21. Le 6 juin 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que le recours était dirigé contre une décision incidente rendue par l'assureur. Il s'agissait là d'une décision d'ordonnancement de la procédure qui était directement susceptible de recours devant le Tribunal cantonal des assurances. Il demandait au préalable la récusation des juges de la 10<sup>ème</sup> chambre, lesquels avaient rendu l'arrêt le 25 février 2019, dans lequel ils avaient porté des appréciations sur la manière dont l'assureur avait conduit la procédure qui dénotaient un parti pris injustifié.

L'assuré demandait la restitution de l'effet suspensif dans la mesure où son retrait avait pour conséquence de rendre le recours sans objet. L'intérêt du recourant était manifeste, le rôle de l'expertise dans un procès en matière d'assurances sociales étant notoirement déterminant. Ainsi, le respect de son droit de participation à la désignation de l'expert revêtait une haute importance.

L'assureur ne pouvait objecter un devoir de célérité dans le traitement du dossier alors même qu'elle avait traîné de manière parfaitement injustifiée depuis le 6 juin 2018 pour mettre en œuvre l'expertise. Si elle s'estimait fondée à désigner unilatéralement le Dr C\_\_\_\_\_, ce qu'elle soutenait encore aujourd'hui, il lui aurait appartenu de rendre immédiatement une décision sujette à recours, ce qu'elle n'avait délibérément pas fait pendant près d'une année. Elle aurait également pu proposer, durant l'été 2018, les deux autres experts qu'elle entendait aujourd'hui mettre en œuvre. L'assureur ne pouvait faire valoir aucun intérêt objectif au retrait de l'effet suspensif, si ce n'était de préserver sa volonté de passer en force dans la désignation de l'expert qu'elle entendait mettre en œuvre en s'affranchissant des exigences posées par la jurisprudence en matière de tentative de désignation

consensuelle de l'expert. Pour ces motifs, il importait de restituer l'effet suspensif au recours.

Au fond, l'assureur s'affranchissait des exigences jurisprudentielles en matière de choix d'expert. À cela s'ajoutait que pendant près d'une année, il avait refusé de rendre une décision sur la désignation de l'expert pour priver l'assuré de tout moyen de faire valoir ses droits. À aucun moment, l'assureur n'avait démontré la moindre disposition à discuter de la désignation de l'expert. Quant à sa proposition de deux autres experts, le procédé demeurait identique. L'assureur ne laissait aucune latitude pour une tentative de désignation consensuelle. Il choisissait unilatéralement des experts notoirement et régulièrement mandatés par des assurances en ne procédant même pas à l'amorce d'une discussion sur ses propositions. C'était d'autant plus choquant que le recourant avait fait valoir un motif objectif pour mandater un expert spécialiste de la médecine du sport, dans la mesure où il était joueur de hockey professionnel, et qu'il avait fait cinq propositions dans ce contexte. En conséquence, la décision entreprise devait être annulée et la chambre des assurances sociales devait désigner un expert ou renvoyer la cause à l'assureur pour reprise de la procédure de désignation d'un expert, avec suite de dépens.

22. Le 11 juin 2019, un délai au 25 juin 2019 a été imparti à l'assureur pour ses observations sur la demande de restitution de l'effet suspensif et au 9 juillet 2019 pour sa réponse sur le fond.
23. L'assureur n'a pas fait d'observations sur le demande de restitution de l'effet suspensif dans le délai imparti.
24. Sur ce, la cause a été gardée à juger sur effet suspensif.

### **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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.

---

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).

Interjeté contre une décision sujette à recours et dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est ainsi *prima facie* recevable (art. 56 et 60 de la LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à la restitution de l'effet suspensif au recours.
4. Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'opposition a un effet suspensif, sauf si un recours contre la décision prise sur opposition n'a pas d'effet suspensif de par la loi, si l'assureur a retiré l'effet suspensif dans sa décision, si la décision a une conséquence juridique qui n'est pas sujette à suspension (al. 1). L'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision. Une telle requête doit être traitée sans délai (al. 2).

La LPGA ne contient aucune disposition topique en matière d'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de la procédure administrative en matière d'assurances sociales qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 de la LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 172.021). L'art. 61 LPGA, qui règle la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances, renvoie quant à lui à l'art. 1 al. 3 PA. Aux termes de cette disposition, l'art. 55 al. 2 et 4 PA relatif au retrait de l'effet suspensif est applicable à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral.

L'art. 55 al. 3 PA prévoit que l'autorité de recours ou son président peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré; la demande de restitution de l'effet suspensif est traitée sans délai.

Conformément à la jurisprudence relative à l'art. 55 PA à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/04 du 24 février 2004 consid. 1), la possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la

décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2).

5. Selon l'arrêt publié à l'ATF 137 V 210, l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.). Le Tribunal fédéral a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en oeuvre consensuelle d'une expertise et que l'assureur doit rendre une décision incidente susceptible de recours lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256).

La certification SIM n'est pas exigée par la chambre de céans dans le cadre des expertises judiciaires (ATAS/874/2018 du 3 octobre 2018).

S'agissant plus particulièrement de la mise en oeuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé, dans un arrêt subséquent, qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. Ce n'est que si le consensus ne peut être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

La recherche d'un consensus est nécessaire lorsque l'assuré fait valoir des objections « admissibles » de nature formelle, en rapport avec le cas concret, ou matérielle, en rapport avec la spécialité médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3 et les références).

Enfin, la chambre de céans a jugé, qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la désignation de l'expert par l'assureur devait être annulée et la cause lui être renvoyée lorsqu'il n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, en violation des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de celui-ci. Elle a précisé à cet égard



que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions (ATAS/226/2013 du 28 février 2013 consid. 5 et ATAS/263/2013 du 13 mars 2013 consid. 6). Il n'en demeure pas moins qu'une partie ne saurait s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables, tels que des doutes sur son indépendance ou sa compétence. En effet, si tel était le cas, cela reviendrait à lui accorder un droit de veto sur le choix d'un expert (ATAS/1029/2017 du 16 novembre 2017 consid. 6).

Aux termes de l'art. 15 al. 1 LPA, dont les causes de récusation s'appliquent aux experts en application de l'art. 39 al. 2 LPA, les membres des autorités administratives appelés à rendre ou à préparer une décision doivent se récuser :

- a) s'ils ont un intérêt personnel dans l'affaire ;
- b) s'ils sont parents ou alliés d'une partie en ligne directe ou jusqu'au troisième degré inclusivement en ligne collatérale ou s'ils sont unis par mariage, fiançailles, par partenariat enregistré, ou mènent de fait une vie de couple ;
- c) s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire ;
- d) s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité.

L'expert doit être, d'une part, subjectivement impartial : il ne doit pas, par exemple, avoir fait des déclarations sur l'issue du litige, y avoir un intérêt personnel, être parent ou allié avec l'une des parties, etc. Il doit, d'autre part, être objectivement impartial, dans le sens de la jurisprudence susmentionnée (cf. J. MEINE, l'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in l'expertise médicale, 2002, p. 27). 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 125 V 353).

Il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que l'assuré doit apporter la preuve du contraire permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 752/03 du 27 août 2004).

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 impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont toutefois pas décisives. 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. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATF 123 V 175 consid. 3d).

6. En l'espèce, le recours n'apparaît pas d'emblée infondé et il convient, dès lors, de lui restituer l'effet suspensif. Il n'est en effet pas justifié de laisser procéder à une expertise qui pourrait s'avérer contestable, si la chambre de céans devait donner raison au recourant, ce d'autant plus que cela contraindrait ce dernier à venir en Suisse depuis le Canada pour s'y soumettre, occasionnant ainsi des frais potentiellement inutiles.
7. La suite de la procédure sera réservée.

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

**Statuant selon l'art. 21 al. 2 LPA-GE**

1. Restitue l'effet suspensif au recours interjeté par le recourant contre la décision rendue par l'intimé le 17 mai 2019.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) aux conditions de l'art. 93 al. 1 LTF; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le