

S2 25 3

ARRÊT DU 12 MAI 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Mireille Allegro, greffière

en la cause

A. _____, recourant, représenté par Xpert CDC Sàrl, à La Tour-de-Trême

contre

AXA ASSURANCES SA, intimée, représentée par AXA Prozesse, à Winterthur

(art. 52a LPGa ; suspension à titre provisionnel des indemnités journalières)

Faits

A. A._____, né le xx.xx.1974, travaillait comme comptable pour le compte de SOC_A, à LIEU_1, et était, à ce titre, assuré par AXA Assurances SA (ci-après : AXA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

B. Le 15 mai 2022, il a été victime d'un accident de moto, qui s'est soldé par une fracture intra-articulaire du tibia gauche, une fracture du carpe gauche et du radius distal gauche, une plaie à la joue droite et un traumatisme crânio-cérébral (TCC) mineur (pièces A2 et M1). AXA a pris en charge le cas (pièces A5 et A24).

Le 20 mai 2022, l'assuré a subi une intervention à la cheville gauche et deux autres au poignet gauche. Une incapacité de travail totale a été attestée jusqu'au 3 juillet 2022 (pièce M6). L'évolution étant bonne au contrôle du 18 août 2022, l'incapacité de travail a été réduite à 50 % dès le 15 septembre 2022 (pièce M10).

L'arthro-IRM du 16 novembre 2022 ayant montré une arthrose radio-scaphoïdienne, il a été décidé de planifier l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) et une incapacité de travail totale a été attestée du 22 novembre au 22 décembre 2022 pour permettre une pause de la charge de la main gauche (M15).

Le 30 novembre 2022, AXA a demandé à l'assuré de s'annoncer auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI ; pièce A33).

Le 26 février 2023, AXA a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique. Celui-ci a observé que les fractures étaient consolidées mais qu'il demeurerait un déficit musculaire au niveau de la main gauche qui justifiait la poursuite du traitement ergothérapeutique ; en revanche, il a estimé que, dans l'activité professionnelle de l'assuré, la diminution de la force à la main gauche ne justifiait pas une incapacité de travail. Il a dès lors conclu que l'assuré avait atteint un état médical définitif le 1^{er} janvier 2023 et qu'une incapacité de travail n'était plus justifiée dès cette date, en précisant qu'une nouvelle incapacité de travail aurait lieu lors de l'AMO prévue en avril ou mai 2023 (pièce M17).

Le 20 juin 2023, l'assuré a subi l'ablation des plaques au niveau de la cheville et de la main gauches (pièces M18 et M19). Une incapacité totale de travail a été certifiée du 20 juin 2023 au 13 septembre suivant, puis à nouveau de 50 % dès le 14 septembre 2023

(pièces K14, K16 et M24). Selon le chirurgien, le Dr C._____, le patient pouvait reprendre son travail à 50 % du 14 septembre 2023 au 14 octobre suivant, puis normalement dès cette date, dès lors qu'il n'y avait plus rien à faire au niveau de la cheville et du poignet gauches (pièce M24). L'assuré est toutefois resté à 50 % jusqu'au 30 novembre 2023, puis une incapacité de travail totale a à nouveau été attestée du 1^{er} au 31 décembre 2023 (pièce K19), en raison de douleurs à l'épaule droite (problème antérieur à l'accident de mai 2022 ; cf. pièce M37) et à la cheville gauche après des marches prolongées (pièces M26 et A65).

Dans un rapport du 14 novembre 2023, le Dr D._____, médecin traitant de l'assuré et spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que le patient se plaignait de douleurs à l'épaule droite, de douleurs lombaires avec sciatalgies en raison d'une hernie discale L4-L5 gauche comprimant la racine L5 et qu'il présentait une atrophie musculaire du bras droit (en lien avec une lésion du plexus brachial survenue à l'âge de 16 ans ; cf. pièce M30). De son point de vue, la capacité de travail était partielle et pouvait s'améliorer, mais lentement (pièce M26).

Le 13 décembre 2023, AXA a soumis le dossier à son médecin-conseil qui a relevé que l'assuré présentait des atteintes qui n'étaient pas en lien avec l'accident du 15 mai 2022, notamment au niveau de l'épaule droite, du dos et du bras droit (pièce M30). Au vu du status clinique décrit par les médecins et de l'imagerie, il a estimé que l'incapacité de travail attestée n'était plus due à l'accident. Il a relevé que l'assuré pratiquait une activité professionnelle qui pouvait être qualifiée de très légère, principalement assise, sans port de charges supérieures à 5-10 kg et que les blessures causées par l'accident n'avaient touché que le côté gauche du corps, à savoir le côté non-dominant en ce qui concerne le bras. Il a encore remarqué que l'inconfort décrit au niveau du poignet et de la cheville gauches ne semblait pas suffisamment grave pour empêcher l'assuré de conduire. De son point de vue, aucun élément en lien de causalité avec l'accident ne justifiait d'attester une incapacité de travail au-delà du 31 décembre 2022. Il a observé que le chirurgien orthopédique envisageait une nouvelle opération à la cheville gauche et a invité AXA à faire procéder à des infiltrations-diagnostiques avant toute intervention.

Par courrier du 19 décembre 2023, AXA a informé l'assuré que selon son médecin-conseil, il disposait d'une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2023, de sorte qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières au 1^{er} janvier 2024 inclus (pièce A73).

C. Représenté par Xpert CDC Sàrl, l'assuré a contesté cette suppression par courriel du 21 décembre 2023 et a demandé qu'une décision formelle soit rendue (pièce A79).

Le 31 janvier 2024, la Dresse E. _____ du Service de chirurgie plastique et de la main du SOC_B a adressé à AXA un nouveau certificat d'arrêt de travail total du 7 janvier 2024 au 29 février suivant (pièce K21), ainsi qu'un rapport dans lequel elle expliquait que le patient l'avait consultée le 6 novembre 2023 en se plaignant d'un manque de force et d'extension du poignet gauche l'empêchant de porter des classeurs et le gênant pour conduire ; elle a ajouté que la situation était influencée négativement par l'état de l'épaule droite qui empirait et a proposé d'effectuer une infiltration aux stéroïdes et de majorer l'antalgie locale et *per os*. De son point de vue, l'incapacité de travail était totale en raison des douleurs de l'épaule droite et du poignet gauche en péjoration depuis novembre 2023 (pièce M34).

Par courriel du 23 février 2024, l'assuré a rappelé à AXA qu'il ne recevait plus d'indemnités journalières depuis le 3 janvier 2024 et lui a demandé de bien vouloir traiter son dossier dans les plus brefs délais (pièce A85).

Par courrier du 4 mars 2024, AXA a répondu qu'elle avait versé les indemnités journalières du 2 janvier au 29 février 2024, mais qu'elle suspendait le versement de ses prestations à compter du 1^{er} mars 2024 (pièce A86).

Le 25 avril 2024, le médecin-conseil a constaté que les nouveaux documents médicaux ne modifiaient pas sa précédente appréciation, hormis le fait qu'il y avait lieu de reconnaître une rechute temporaire de deux semaines lors de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, soit du 20 juin 2023 au 5 juillet suivant (pièce M37).

Par courrier du 17 juin 2024, AXA a confirmé que de l'avis de son médecin-conseil, une pleine capacité de travail était exigible au plus tard dès le 5 juillet 2023, de sorte qu'elle maintenait la fin des prestations au 29 février 2024 (pièce A95).

D. Le 13 août 2024, l'assuré s'est opposé à la confirmation de la suspension des indemnités journalières, en relevant que ces dernières devaient être versées tant que la situation médicale n'était pas clairement définie. Il a également reproché à AXA de ne pas avoir rendu une décision formelle l'empêchant de faire valoir ses droits. En outre, il a tenu à souligner qu'aucune démarche n'avait été entreprise auprès du SOC_B pour connaître la justification de l'incapacité de travail attestée et a nié toute valeur probante au rapport du Dr B. _____ (pièce A99).

Par courriel du 13 septembre 2024, AXA a accusé réception de ce courrier et a indiqué que des informations médicales complémentaires avaient été requises et qu'elle examinait l'opportunité de mettre en œuvre une expertise. Elle a invité l'assuré à demander la prise en charge provisoire des frais médicaux à l'assurance-maladie, conformément à l'article 70 LPGA (pièce A100).

Dans un rapport du 2 octobre 2024, la Dresse E. _____ a indiqué avoir examiné l'assuré le 30 septembre 2024, lequel n'avait toujours pas été opéré de l'épaule droite. Elle a décrit une petite péjoration sur la main gauche avec des douleurs constantes en D3 irradiant au dos de la main, sans réveil nocturne et sans fourmillement, mais avec une sensation de main engourdie et plus de peine à fermer le poing. Elle a confirmé ses propositions, à savoir la mise en place d'une prothèse, une arthrodèse 4-coins et une dénervation, ce que le patient a refusé. Elle a attesté une incapacité de travail de 75 % du 1^{er} août 2024 au 30 septembre suivant (pièce M43).

Le 4 octobre 2024, l'assuré a enjoint AXA à reprendre le versement des indemnités journalières sur la base de cette nouvelle incapacité de travail (pièce A107).

Par courrier du 10 octobre 2024, AXA a rappelé qu'elle était en cours de réexamen du dossier et qu'elle allait mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans son activité d'origine ou toutes activités adaptées, de sorte qu'elle suspendait ses prestations en attendant le résultat de l'expertise. Ceci étant, au vu du réexamen du cas, elle a décidé de procéder au versement des indemnités journalière du 1^{er} mars 2024 au 30 septembre 2024. Enfin, elle a invité une nouvelle fois l'assuré à demander la prise en charge provisoire des frais à son assurance-maladie dès cette date (pièce A110).

E. Par courriel du 15 octobre 2024, l'assuré a soutenu que l'article 70 LPGA ne trouvait pas application dès lors qu'il n'y avait pas de doute sur le débiteur des prestations. Il a ainsi enjoint AXA à reprendre le versement des indemnités journalières (pièce A113).

Le 23 octobre 2024, AXA a expliqué qu'il existait un doute sur l'assureur compétent, raison pour laquelle elle mettait en œuvre une expertise médicale (pièce A114).

Le même jour, l'assuré a requis d'AXA qu'elle rende une décision formelle susceptible d'opposition sur la question de la suspension des indemnités journalières (pièce A115). Il a réitéré cette demande le 31 octobre 2024 (pièce A118).

Par courrier du 20 novembre 2024, AXA a informé l'assuré qu'elle allait mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et neurologique) auprès du SOC_C et lui a donné un délai au 9 décembre 2024, reporté au 27 janvier 2025 (pièce A134), pour transmettre ses questions complémentaires (pièces A125 et A128).

Le 12 décembre 2024, AXA a rendu une décision formelle d'ordonnancement de la procédure au terme de laquelle elle a prononcé la suspension des indemnités journalières en relation avec l'accident du 15 mai 2022 dès le 30 septembre 2024 à titre de mesure provisionnelle en application de l'article 52a LPGa et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a expliqué que l'article 52a LPGa permettait à l'assureur de suspendre ses prestations, à titre provisionnel, s'il avait de sérieuses raisons de penser que l'assuré percevait une prestation à laquelle il n'avait pas droit. Or, elle a relevé que son médecin-conseil avait, à plusieurs reprises, confirmé que l'incapacité de travail ne se justifiait plus au-delà du 1^{er} janvier 2023, ou tout au plus du 5 juillet 2023, et qu'au vu des éléments au dossier, il y avait de sérieuses raisons de considérer que l'incapacité de travail n'était plus en relation de causalité avec l'accident du 15 mai 2022. Elle a ajouté que la suspension provisoire des prestations n'entraînait pas un préjudice irréparable pour l'assuré et que son intérêt à éviter une demande de restitution devait primer. Enfin, elle a rappelé que l'assurance-maladie avait l'obligation d'avancer les prestations conformément à l'article 70 LPGa (pièce A135).

F. L'intéressé a recouru devant les tribunaux contre ce prononcé, le 8 janvier 2025, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à la reprise immédiate du versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} octobre 2024 jusqu'à la remise des conclusions de l'expertise médicale, avec intérêts moratoires selon l'article 7 OPGA. Il a soutenu qu'AXA avait appliqué de manière erronée l'article 52a LPGa dans la mesure où il n'y avait pas de soupçons sérieux et fondés d'abus ou qui indiqueraient qu'il n'aurait pas droit aux prestations litigieuses. Il a relevé que la suspension devait être temporaire donc brève, de sorte que l'assureur devait mettre en œuvre des mesures sans tarder, ce qui n'était pas le cas ici. Il s'est encore demandé pourquoi AXA avait suspendu les prestations avant le résultat de l'expertise, en mettant de la sorte l'assuré dans une situation précaire, ce qui ne respectait pas le principe de proportionnalité. Il a également prétendu que la décision d'AXA était insuffisamment motivée et a reproché à celle-ci d'avoir violé son droit d'être entendu avant de rendre sa décision. Enfin, il a répété que l'article 70 LPGa n'était pas applicable dans la mesure où il n'y avait pas de doute sur le débiteur des prestations puisque AXA avait accepté la prise en charge de l'accident.

Répondant le 6 février 2025, AXA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Elle a relevé que, de l'avis de son médecin-conseil, il n'y avait plus d'incapacité de travail en lien avec l'accident déjà au-delà de deux semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 20 juin 2023, ce qui signifiait qu'il existait un doute sérieux sur l'incapacité de travail encore imputable à l'accident lorsqu'elle avait décidé de suspendre ses prestations le 1^{er} octobre 2024. Elle a estimé que la motivation de sa décision était suffisante et qu'elle n'avait commis aucune erreur de procédure dans la mesure où aucune interpellation ni opposition n'était prévue pour une telle décision d'ordonnancement. Enfin, elle a répété que la proportionnalité avait été respectée puisque l'assuré ne subissait aucun préjudice irréparable.

Dans sa réplique du 17 février 2025, le recourant a maintenu ses arguments.

Dupliquant le 18 mars 2025, l'intimée a indiqué n'avoir rien à ajouter à sa motivation.

Après avoir interpellé l'assurance-maladie du recourant, la Cour a clôturé l'échange d'écritures le 24 avril 2025.

G. Le 3 juillet 2025, AXA a transmis à la Cour un rapport d'expertise du SOC_C du 12 juin 2025, qui fixait le *statu quo sine* à la date du rapport du Dr F. _____ du 18 octobre 2023 qui confirmait qu'il n'y avait pas d'aggravation déterminante justifiant une intervention chirurgicale au niveau du rachis (cf. expertise page 26) et qui concluait à une capacité de travail entière dans l'activité de comptable adaptée aux seules séquelles de l'accident assuré, avec pour précision que la situation semblait relativement stabilisée depuis fin 2023, sans possibilité d'amélioration notable (cf. expertise chiffres 8.1 et 8.2).

Prenant position le 26 août 2025, le recourant a relevé que, par le biais de l'expertise, AXA tentait d'élargir l'objet du litige à la question de la stabilisation de l'état de santé, ce qui était inadmissible, ce d'autant que l'expertise était dépourvue de toute valeur probante.

Par courrier du 27 août 2025, la Cour a rappelé que la cause était en état d'être jugée selon le rang des causes.

Le 15 décembre 2025, le recourant a versé en cause un arrêt rendu le 13 mai 2025 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois (AA 22/25 – 62/2025), qui retenait que la mise en œuvre d'une expertise médicale ne suffisait pas à elle seule à fonder une suspension des prestations, en l'absence de soupçons sérieux de perception induite de celles-ci.

Dans sa détermination du 12 janvier 2026, AXA a relevé que dans l'arrêt invoqué par le recourant, l'assureur avait suspendu ses prestations aux motifs que la situation médicale était insuffisamment claire et justifiait la mise en œuvre d'une expertise. Or, elle a rappelé que, dans le cas du recourant, la situation était suffisamment claire puisque le médecin-conseil avait à plusieurs reprises conclu que l'incapacité de travail n'était plus justifiée, dès le 1^{er} janvier 2023, mais au plus tard dès le 5 juillet 2023, sur la base des éléments médicaux.

Le 14 janvier 2026, le recourant a contesté ce point de vue.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'article 52 alinéa 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaques par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent (FF 2018 1597, p. 1627 ; DUPONT *in* Commentaire romand, LPGA, 2^e éd., 2025, n. 28 ad art. 52a).

1.2 Remis à la poste le 8 janvier 2025, le recours à l'encontre de la décision du 12 décembre 2024 a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes de fin d'années (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

1.3 Il est rappelé que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1, 121 V 362

consid. 1b et les arrêts cités). Ainsi, la Cour ne tiendra pas compte de l'expertise du SOC_C du 12 juin 2025 dans son examen.

2. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu sous deux aspects : en raison d'un défaut de motivation de la décision entreprise d'une part et du fait qu'il n'a pas pu se déterminer avant la notification de cette dernière d'autre part.

2.1 Le droit d'être entendu garanti par l'article 29 alinéa 2 Cst. féd. comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 73 consid. 7.2.2.1). Conformément à l'article 42 LPGa, la personne assurée doit être entendue avant toute décision suspendant les prestations. La suspension des prestations intervenant en amont ou durant des mesures d'instructions auxquelles l'assureur social doit procéder d'office, cette démarche s'inscrit dans le contexte plus large de l'article 43 alinéa 3 LPGa, de sorte que la procédure de mise en demeure et la fixation d'un délai convenable sont incontournables (DUPONT, *op. cit.*, n. 31 ad art. 52a).

S'agissant du devoir pour l'autorité de motiver sa décision, le but est que le destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge – ou l'administration – doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé(e) et sur lesquels il/elle a fondé sa décision, de façon que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (arrêts du Tribunal fédéral 1C_693/2025 du 23 mars 2026 consid. 2.1 et 9C_589/2024 du 12 novembre 2025 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6050/2012 du 9 décembre 2013 consid. 8.2 ; ATF 150 III 1 consid. 4.5, 146 II 335 consid. 5).

Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 145 I 167 consid. 4.4, 138 I 97 consid. 4.16.1, 137 I 195 consid. 2.3.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des

motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF147 IV 340 consid. 4.11.3, 132 V 387 consid. 5.1).

2.2 En l'espèce, la motivation de la décision entreprise permet d'identifier sur quels éléments l'intimée s'est fondée pour prendre sa décision de suspension. En outre, le recourant a été en mesure de l'attaquer utilement auprès de la Cour de céans. Par ailleurs, l'intimée a encore développé sa motivation dans le cadre de sa réponse au recours et le recourant a eu la possibilité de se déterminer à son propos. Ainsi, à supposer qu'une violation du droit d'être entendu en relation avec le défaut de motivation puisse être retenue, elle ne serait cependant pas d'une gravité telle qu'elle ne puisse être réparée compte tenu du fait que la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen.

Enfin, il apparaît malvenu de la part du recourant de prétendre qu'il n'a pas pu faire valoir ses arguments avant que la décision soit rendue, puisque l'intimée l'a informé de la suspension par courrier du 10 octobre 2024, courrier qu'il a contesté par courriel du 15 octobre suivant, que l'intimée lui a alors adressé un courrier explicatif le 23 octobre 2024 et qu'il a ensuite lui-même demandé à deux reprises, les 23 et 31 octobre 2024, qu'une décision formelle soit rendue sur ce point.

Partant, le grief de violation du droit d'être entendu est écarté.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la suspension à titre provisoire des indemnités journalières versées au titre de l'assurance-accidents à compter du 1^{er} octobre 2024, avec retrait dans le même temps de l'effet suspensif au recours, en application de l'article 52a LPGa.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'intimée n'a pas fondé sa décision sur l'article 70 LPGa, mais a simplement invité l'assuré à s'adresser à sa caisse-maladie pour ses futurs frais médicaux. Cette disposition, qui prévoit la prise en charge provisoire des prestations par une assurance sociale lorsqu'un événement assuré donne à l'ayant droit le droit à des prestations, mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations (art. 70 al. 1 LPGa), constitue une norme de coordination entre les assureurs sociaux. Elle suppose que l'intéressé adresse une demande de prise en charge provisoire à l'institution d'assurance sociale entrant en ligne de compte (art. 70 al. 3 LPGa) – ce que le recourant n'a pas fait, en l'espèce – et que celle-ci rende une décision au sens de l'article 49 LPGa, sujette à opposition, puis recours devant le tribunal cantonal des

assurances. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner la légalité de la décision attaquée sous l'angle de cette disposition.

3.1

3.1.1 A teneur de l'article 52a LPGa, l'assureur peut suspendre à titre provisionnel le versement de prestations si l'assuré a manqué à son obligation de l'aviser dans les cas visés à l'article 31 alinéa 1, s'il n'a pas présenté dans les délais le certificat de vie ou d'état civil demandé, ou si l'assureur a de sérieuses raisons de penser que l'assuré perçoit une prestation à laquelle il n'a pas droit.

En outre, le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Selon le message du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (FF 2018 1597), s'il ressort des investigations qu'une prestation n'est très vraisemblablement pas ou plus justifiée, mais qu'il n'est pas possible de rendre une décision définitive dans un délai raisonnable, l'assureur peut suspendre la prestation à titre provisionnel (Message du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales ; FF 2018 1597, p. 1626). L'assureur doit avoir la possibilité de suspendre les prestations à titre provisionnel s'il existe des motifs sérieux de soupçonner que l'assuré perçoit une prestation à laquelle il n'a pas droit ou qu'il n'a pas communiqué la survenance de changements déterminants pour le droit aux prestations. De simples soupçons fondés sur des indices vagues ne suffisent pas à suspendre les prestations, mais il n'est en principe pas nécessaire que les soupçons soient déjà confirmés (OSWLAD, *in* KIESER, KRADOLFER, LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 5^e éd., 2024, n. 13 ad art. 52a). Un soupçon est fondé lorsqu'il repose sur un élément concret ou sur plusieurs indices suggérant la perception indue de prestations ou la violation de l'obligation de renseigner. Il appartient à l'assureur de prouver que cette condition est remplie (PÄRLI/KUNZ, Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2^e éd., 2025, n. 18 ad art. 52a). Dans de tels cas, l'intérêt de l'assureur, qui est d'éviter les démarches administratives et les risques de perte liés aux demandes de restitution, prime clairement celui de l'assuré de ne pas tomber dans une situation de détresse passagère (FF 2018 1597, p. 1627 ; DUPONT, *op. cit.*, n. 19 ad art. 52a ; cf. également arrêt de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal genevois ATAS/990/2025 du 15 décembre 2025 consid. 4.1 et les références citées).

3.1.2 La suspension provisionnelle des prestations est subordonnée, en outre, à des conditions supplémentaires, à savoir une situation d'urgence, un préjudice difficilement réparable, un pronostic favorable ainsi qu'une pondération des intérêts en présence (PÄRLI/KUNZ, *op. cit.*, n. 19 ss ad art. 52a ; DUPONT, *op. cit.*, n. 22 ad art. 52a).

La suspension préventive des prestations doit être ordonnée en cas d'urgence. Il doit s'avérer nécessaire ou indispensable de suspendre les prestations à titre préventif, c'est-à-dire immédiatement (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-676/2008 du 21 juillet 2009 consid. 4.3 ; PÄRLI/KUNZ, *op. cit.*, n. 20 ad art. 52a). L'urgence est étroitement liée à l'exigence d'un préjudice imminent si la mesure provisionnelle n'était pas ordonnée, c'est-à-dire que sa renonciation doit entraîner un préjudice qui ne peut être facilement réparé.

Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le simple retrait provisoire de prestations financières ne constitue généralement pas un inconvénient irréparable pour la personne concernée. S'il ressort de la suite de la procédure qu'aucune suspension des prestations n'était indiquée, un paiement rétroactif sera effectué pour la durée de la suspension à titre préventif. En revanche, la décision de ne pas ordonner la suspension provisoire des prestations, qui sert à garantir d'éventuelles demandes de remboursement des assureurs, constitue un préjudice plus important pour le recouvrement de ces créances (PÄRLI/KUNZ, *op. cit.*, n. 21 ad art. 52a et les références citées). Ainsi, en cas de soupçons fondés sur des motifs sérieux de perception illégitime des prestations d'assurance, les intérêts financiers de l'assureur priment sur l'intérêt de l'assuré à la poursuite du versement de la rente (PÄRLI/KUNZ, *op. cit.*, n. 23 ad art. 52a).

La suspension des prestations nécessite en outre un pronostic favorable, ce qui signifie que dans le cadre de l'appréciation sommaire de la situation à effectuer, il apparaisse probable que la suspension provisionnelle des prestations soit confirmée par la décision au fond (ATF 117 V 185 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 6 ; PÄRLI/KUNZ, *op. cit.*, n. 22 ad art. 52a et la référence). Plus l'issue de la procédure est incertaine, plus les autres critères liés à l'urgence et la proportionnalité (au sens d'une mise en balance des intérêts en présence) doivent être examinés de près (ATF 132 II 149 consid. 2.3 ; BOUCHAT *in* Commentaire romand de la loi fédérale sur la procédure administrative, 2024, n. 40 ad art. 56 PA).

Lorsque sont mis en balance, d'une part, l'intérêt financier de l'assuré à obtenir ou maintenir des prestations d'assurance sans attendre l'issue du litige au fond et, d'autre part, l'intérêt de l'assureur social à ne pas verser des prestations qu'il ne pourra

vraisemblablement que difficilement recouvrer à l'issue du procès s'il obtient gain de cause, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant et l'emporte ainsi sur celui de l'assuré (ATF 124 V 82 consid. 4, 119 V 503 consid. 4 et les références citées ; arrêt de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal genevois déjà cité consid. 4.4.3).

3.1.3 Afin de garantir que la décision de suspension des prestations à titre provisionnel soit immédiatement exécutoire, l'assureur doit pouvoir retirer l'effet suspensif à un éventuel recours. Tel est l'objet de l'article 49 alinéa 5 LPGA, également en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 (RO 2020 5137), qui dispose que, dans sa décision, l'assureur peut priver toute opposition ou tout recours de l'effet suspensif, même si cette décision porte sur une prestation en espèces ; les décisions ordonnant la restitution de prestations versées indûment sont exceptées. Une pesée des intérêts – qui s'inscrit dans l'examen général du principe de la proportionnalité, lequel exige notamment qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés (règle de l'aptitude) et que ceux-ci ne puissent pas être atteints par une mesure moins incisive (règle de la nécessité) – doit alors être effectuée (ATF 142 I 76 consid. 3.5.1 et la référence ; DUPONT, *op. cit.*, n. 29 ad art. 52a).

3.2 En l'occurrence, l'intimée a prononcé la suspension de ses prestations dès le 1^{er} octobre 2024 au motif qu'il existerait des doutes sérieux sur l'incapacité de travail de l'assuré au vu de l'avis émis par son médecin-conseil le Dr B. _____ sur la base des éléments médicaux au dossier.

Compte tenu de la situation, l'intimée a estimé qu'une expertise se justifiait pour clarifier l'état de santé de l'assuré. Dans une telle hypothèse où des incertitudes subsistent sur la stabilisation de l'état de santé ou encore sur le lien de causalité entre une atteinte à la santé et un événement assuré, la doctrine et la jurisprudence ont admis qu'une suspension à titre provisionnelle des prestations n'étaient pas justifiée (cf. DUPONT, *op. cit.*, n. 21 ad art. 52a ; arrêt vaudois AA 22/25 – 62/2025 du 13 mai 2025 consid. 4). En effet, dans son message du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA (FF 2018 1597, 1626), le Conseil fédéral a donné les deux exemples suivants de suspension de prestations à titre provisionnelle :

- un assureur apprend qu'une procédure pénale pour fraude à l'assurance est pendante, consulte le dossier et constate que l'assuré a exercé des activités incompatibles avec l'atteinte à la santé ;
- un assureur constate qu'un assuré n'a pas dûment déclaré un revenu qui a pourtant des effets déterminants en termes de droit aux prestations.

Comme l'a relevé, la Cour des assurances du Tribunal cantonal vaudois dans son arrêt du 13 mai 2025 cité ci-dessus, admettre qu'un assureur puisse suspendre provisoirement les prestations d'assurance pour le seul motif que des clarifications concernant l'état de santé d'un assuré sont en cours étendrait de manière inadmissible le champ d'application de l'article 52a LPGa, lequel pourrait être appliqué beaucoup trop largement. L'application de cette disposition ne saurait se substituer à une évaluation complète et objective des faits par l'assurance, dans un délai raisonnable. Compte tenu des avis de son médecin-conseil, notamment sur un vraisemblable retour à un *statu quo sine* dès juillet 2023, l'intimée aurait dû ordonner sans délai une expertise, déjà en automne 2023. En outre, si les avis de son médecin-conseil étaient suffisamment clairs et probants, elle aurait pu directement mettre un terme à ses prestations et non simplement les suspendre provisoirement.

Au vu de ces considérations, il sied d'admettre que l'intimée ne pouvait suspendre les prestations d'assurance du recourant à titre provisionnel à compter du 1^{er} octobre 2024.

4. Il s'ensuit l'admission du recours et l'annulation de la décision entreprise.

5.

5.1 La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGa).

5.2 Le recourant qui obtient gain de cause a droit à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGa). Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. Le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération des critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1). En l'occurrence, la mandataire de la recourante a produit un recours motivé de onze pages, accompagné de plusieurs pièces, une réplique, ainsi que cinq courriers et déterminations diverses. La Cour estime ses honoraires au montant arrondi de 1800 fr. débours et TVA compris.

Par ces motifs,

Prononce

1. Le recours est admis et la décision du 12 décembre 2024 est annulée.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. AXA Assurances SA versera à A. _____ une indemnité de 1800 francs pour ses dépens.

Sion, le 12 mai 2026