RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1200/2020 **ATAS/1128/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 10 novembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Charles PIGUET	recourant
contre	
SWICA ASSURANCES SA, sise bd de Grancy 39, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, a été victime d'un accident de la circulation en date du 12 août 2017 ; alors qu'il conduisait son scooter, il a été heurté par un véhicule et a chuté.

b. Transporté aux urgences des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), les médecins ont constaté une plaie profonde dans la région du pli de l'aine, des douleurs costales du côté droit, ainsi que des douleurs au genou gauche. Il a séjourné aux HUG jusqu'au 14 août 2017 avant de regagner son domicile avec une antibiothérapie prophylactique. Sa lettre de sortie des HUG, datée du 16 août 2017, mentionne notamment un diagnostic secondaire de contusion du genou gauche sans lésion osseuse selon la radiographie du 14 août 2017.

c. L'assuré a été suivi pendant trois semaines aux HUG, s'y rendant tous les deux jours afin de désinfecter la plaie, jusqu'à la cicatrisation de cette dernière. Suite à une IRM effectuée le 15 septembre 2017, le docteur C_____, radiologue, a notamment diagnostiqué une fracture par impaction du versant postérieur du condyle fémoral externe et du plateau tibial externe au genou gauche.

d. Au moment de l'accident, l'assuré était associé gérant de la société D_____ Sàrl (ci-après : D_____), exploitant le restaurant à l'enseigne « E_____ », dont il était le seul employé. Il était détenteur de 18 parts de CHF 1'000.- chacune, sur les 20 parts constituant le capital social de D_____.

e. D_____ avait conclu un contrat d'assurance pour les accidents professionnels et non professionnels avec SWICA Assurances (ci-après : SWICA ou l'intimée).

Après avoir cédé les parts de D_____ à deux repreneurs, l'assuré a été licencié avec effet au 30 juin 2018.

B. a. Par déclaration d'accident LAA, datée du 16 août 2017, D_____ a annoncé à SWICA l'événement du 12 août 2017.

b. Le médecin traitant de l'assuré, le docteur F_____, généraliste, lui a prescrit de la physiothérapie et des médicaments. En raison de la persistance des douleurs, il a adressé l'assuré au docteur G_____, chirurgien orthopédique FMH, qui lui a conseillé de poursuivre le traitement conservateur, ce que l'assuré a fait, se rendant à une trentaine de séances de physiothérapie qui se sont terminées en décembre 2017.

c. En date du 14 février 2018, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a rendu un rapport d'expertise orthopédique, après avoir examiné pendant plus d'une heure l'assuré, en date du 9 février 2018.

d. Par courrier du 14 septembre 2018, le Dr G_____ a confirmé à SWICA que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis le 14 juin 2018, date du dernier contrôle et qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

e. Par courrier du 27 septembre 2018, le conseil de l'assuré a demandé à SWICA de se prononcer par une décision formelle sur les droits de son mandant en matière d'indemnités journalières. Après un échange avec SWICA, il a renoncé à la notification formelle d'une décision, par courrier du 22 octobre 2018.

f. Par courrier du 15 novembre 2018, SWICA a informé le conseil de l'assuré qu'après lecture du dernier rapport qui lui avait été adressé, le 14 septembre 2018, par le Dr G_____, elle clôturait le dossier de l'assuré au 14 juin 2018, ce qui correspondait au dernier contrôle médical. Le cas de rechute ou de séquelles tardives était réservé pour autant que les troubles constatés soient avec vraisemblance prépondérante en relation de causalité naturelle avec les lésions subies le 12 août 2017.

g. Par courrier du 22 mars 2019, le conseil de l'assuré a demandé au docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, de se déterminer sur l'état médical de l'assuré en lien avec son genou gauche, éventuellement son genou droit.

h. Le Dr I_____ a rendu un rapport d'expertise médicale privée daté du 13 mai 2019 et a considéré que l'appréciation de SWICA, qui fixait une capacité de travail à 100% dans le métier de l'assuré, avec aménagement, n'était pas réaliste, car il était purement médico-théorique et nullement applicable. Le patient continuait de se plaindre des douleurs du genou gauche, postéro interne et externe qui étaient handicapantes dans la vie quotidienne et bien sûr professionnellement, avec les contraintes que cela imposait. L'évolution était d'autant plus défavorable qu'elle atteignait maintenant le genou droit, qui était mentionné comme normal dans l'expertise. Les douleurs du genou droit étaient ainsi similaires à celles du genou gauche sauf qu'elles étaient post externes, mais empêchaient le port de charges, la montée et la descente des escaliers. Commentant l'IRM du genou droit, le Dr I_____ décrivait un œdème osseux de surcharge mécanique. Pour le genou gauche, l'IRM faisait notamment apparaître une consolidation de la fracture et une déchirure partielle du LCA.

i. Aux questions posées par l'assuré, le Dr I_____ répondait que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et le patient présentait des handicaps persistants dans le cadre de son métier, avec un risque d'aggravation. Le genou gauche était toujours douloureux et souffrait de déchirure horizontale du ménisque interne. Le genou droit était devenu douloureux et présentait des fractures ostéo chondrales du plateau tibial externe, fraîches, ce qui laissait à penser que les lésions étaient survenues après l'accident, par surcharge. Les lésions chondrales patellaires sévères et internes chez un patient de moins de 40 ans n'étaient probablement pas dégénératives. Le médecin considérait que les plaintes actuelles du patient étaient objectivables, mais une guérison totale ne pouvait pas être garantie. Les facteurs fonctionnels limitant étaient la marche, la montée, la descente des pentes et escaliers, ainsi que le port de charges, toutes activités qui étaient contre-indiquées.

j. Se fondant sur le rapport du Dr I_____, le conseil de l'assuré a demandé à SWICA, par courrier du 16 mai 2019 de confirmer la prise en charge du patient dont l'état était toujours évolutif et non stabilisé, en relation avec les lésions subies le 12 août 2017. A minima, il s'agissait d'un cas de rechute au sens de l'art. 11 OLAA qui devait être pris en charge par l'assurance-accidents.

k. Par courrier du 8 juillet 2019, SWICA a informé le conseil de l'assuré que ce dernier serait soumis à une expertise médicale confiée au docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Suite à l'examen du genou gauche de l'assuré, le Dr J_____ a considéré qu'il s'agissait d'une fracture de taille microscopique, qui ne présentait aucune conséquence mécanique, en particulier pour les surfaces articulaires du genou et n'entraînait aucun danger de complication. Selon l'expert, le Dr I_____ n'avait pas analysé de manière exhaustive la documentation médicale et avait négligé un certain nombre de points, notamment l'analyse des radiographies du genou gauche effectuées le jour de l'accident. L'expert considérait que l'évolution du genou gauche était favorable avec une pleine capacité de travail au 14 décembre 2018. En ce qui concernait le genou droit, il n'y avait pas de relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel, car aucun document médical ne signalait une lésion du genou droit et il avait fallu attendre une année et demi après l'accident pour que l'assuré commençât à se plaindre de douleurs au genou droit. En conclusion, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr I_____ étaient injustifiées et l'expert s'étonnait du caractère résiduel des douleurs postéro externes droites qui n'avaient pas de lien avec l'accident. S'agissant des douleurs fémoro-patellaires gauches, il considérait qu'elles étaient de nature maladive, sans relation de causalité naturelle avec l'événement ici considéré. Toutes les lésions constatées comme ayant un lien de causalité naturelle avec l'événement du 12 août 2017 étaient guéries ; il n'existait aucune séquelle ni complication tardive. Il n'existait pas de rechute ni de séquelles tardives de l'accident du 12 août 2017.

l. Par courrier du 6 novembre 2019, SWICA a rendu une décision de refus de prise en charge de la rechute annoncée, considérant que la relation de causalité entre la rechute ou les séquelles tardives et le cas initial n'était pas prouvé au degré de vraisemblance prépondérante notamment après l'expertise réalisée par le Dr J_____.

m. Par pli du 9 décembre 2019, le conseil de l'assuré s'est opposé à la décision du 6 novembre 2019, contestant le fait que l'état médical était stabilisé. Il estimait qu'il ne s'agissait pas d'une rechute, mais bien de la suite continue des conséquences de l'accident du 12 août 2017. Il rappelait qu'il y avait eu une altercation entre son mandant et le Dr J_____, et estimait que l'avis de ce dernier ne pouvait pas être retenu ; il concluait à l'annulation de la décision et l'octroi d'indemnités journalières, en faveur de l'assuré, depuis la date de l'accident jusqu'à ce jour.

n. Par décision du 21 février 2020, SWICA a confirmé la décision du 6 novembre 2019, pour les motifs déjà exposés dans cette dernière.

C. a. Par acte interjeté le 22 avril 2020, le conseil de l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 21 février 2020. Il a conclu préalablement à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et qu'il soit dit et constaté que l'assuré avait droit à des indemnités journalières pleines et entières sans réduction, rétroactivement depuis le 23 février 2018 avec suite de frais et dépens. En substance, il a repris l'argumentation développée dans le cadre de son opposition et a allégué que l'assuré était toujours en incapacité de travail à 100%, critiquant les conclusions des rapports d'expertise rendus par les Drs H_____ et J_____, les considérant comme dénués de la force probante nécessaire à une prise de décision quant aux douleurs et limitations dont souffrait le recourant, encore aujourd'hui.

b. Par réponse du 29 mai 2020, SWICA a conclu au rejet du recours. Elle a allégué que le recourant avait expressément renoncé à la notification d'une décision formelle et que, par conséquent, la suspension des indemnités journalières au 23 février 2018 n'avait pas été contestée et était entrée en force. Ce point étant acquis, la question juridique ne pouvait être que celle de l'existence d'une rechute au sens de l'article 11 OLAA et sur ce point, l'expertise rendue par le Dr J_____ était claire et concluait à ce qu'il n'y avait pas de lien de causalité probable entre les troubles des deux genoux constatés en avril 2019 et l'événement du 12 août 2017.

c. Le conseil du recourant a répliqué en date du 24 juin 2020, reprenant les arguments développés dans son recours.

d. Lors de l'audience de comparution personnelle du 28 janvier 2021, le recourant a donné des détails sur sa situation professionnelle et sa situation financière et a demandé qu'une expertise indépendante soit ordonnée. La représentante de SWICA a considéré que l'expertise du Dr J_____ était assez complète et qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire.

e. La chambre de céans a décidé d'ordonner une expertise médicale qui, après consultation des parties, a été confiée à la doctoresse K_____, spécialiste FMH en orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

f. Le projet de mission d'expertise a été communiqué aux parties le 13 août 2021 et ces dernières ont eu la possibilité de proposer des modifications qui ont été partiellement intégrées dans la présente ordonnance.

g. Le 18 octobre 2021, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI du recourant, afin que le dossier communiqué à la Dresse K_____, en vue de l'expertise, soit complet.

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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   En raison de la pandémie COVID-19, le Conseil fédéral a adopté l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (RS 173.110.4). Ladite ordonnance prévoit la suspension des délais légaux dès son entrée en vigueur, le 21 mars 2020 jusqu'au 19 avril 2020 inclus.

4. Compte tenu de la suspension prévue par l'ordonnance susmentionnée, le recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi et est recevable.

5. Le litige porte sur la date de l'arrêt des prestations de SWICA en faveur du recourant.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

   La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

   Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé

éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

   En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas

rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

   Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales

doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

    Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3).

    Les frais d'expertise peuvent ainsi être mis à la charge de l'assureur-accidents lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

    Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210

consid. 4.4.4). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_333/2019 du 18 septembre 2019 consid. 3). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux exigences jurisprudentielles, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 7.2).

13. En l’espèce, en raison des conclusions opposées auxquelles parviennent les experts mandatés par chacune des parties et les circonstances dans lesquelles s’est déroulé l’examen de l’assuré par l’expert J_____, la chambre de céans n’est pas en mesure de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, les liens de causalité entre les troubles de la santé du recourant et l’événement du 12 août 2017.

14. Compte tenu de ce qui précède une expertise judiciaire sera ordonnée et le mandat d’expertise sera confié à la doctoresse K_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l’appareil locomoteur.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____. La confie à la **Doctoresse K_____**, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, Hôpital L_____, à Meyrin.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins spécialistes en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur ayant examiné la personne expertisée, notamment les Docteurs H_____, G_____, I_____ et J_____.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident du 12 août 2017 ? Plus précisément, ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100%) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

5.1.2 À partir de quel moment le **statu quo ante** a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du **statu quo ante** pour chaque diagnostic posé.

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le **statu quo sine** a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

6.1.1 Dates d'apparition

6.1.2 Indiquer si les deux lésions une de grade II et une de grade III du ménisque interne du genou gauche révélées par l'IRM du 15 septembre 2017 étaient préexistantes à l'accident du 12 août 2017 ?

6.1.3 Si les deux lésions du ménisque interne susmentionnées sous ch. 6.1.2 n'ont pas été révélées, mais aggravées par l'accident du 12 août 2017, décrire objectivement l'aggravation et l'éventuelle date de statu quo sine.

7. **Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ?

7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ?

7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ?

8. **Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation, y compris après la reprise d'une activité lucrative en juin 2018.

8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

9. **Atteinte à l'intégrité**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident du 12 août 2017 ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité.

10. **Appréciation des avis médicaux du dossier**

10.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 14 février 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100% avec des limitations fonctionnelles ? Si non, pourquoi ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr G_____ des 5 mars et 26 avril 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 0% avec possibilité de travailler à 50% en respectant les limitations fonctionnelles ? Si non, pourquoi ?

10.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____ du 13 mai 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés et les estimations concernant la capacité de travail et les possibilités d'amélioration ? Si non, pourquoi ?

10.4 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr J_____ du 15 octobre 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de

travail de la personne expertisée de 100%, sans limitations fonctionnelles ? Si non, pourquoi ?

11. **Autres facteurs**

Suite à l'accident du 12 août 2017 :

11.1 Les lésions apparues sont-elles graves ?

11.2 Ces lésions sont-elles propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ?

11.3 Ces lésions ont-elles nécessité des traitements continus spécifiques et lourds ? Si oui, lesquels ? Pendant quel intervalle de temps ?

11.4 Des erreurs médicales dans le traitement du recourant se sont-elles produites ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.5 Des difficultés et complications importantes sont-elles apparues au cours de la guérison ? Si oui, lesquelles et avec quelles conséquences ?

11.6 Existe-t-il des douleurs physiques persistantes ? Depuis quand ? Atteignent-elles une intensité particulière ?

12. Quel est le **pronostic** ?

13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière | Le président

Nathalie LOCHER | Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le