RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1200/2020 **ATAS/708/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 septembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Charles PIGUET, avocat

contre

SWICA ASSURANCES SA intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs

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 : les 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, mentionnait 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 un examen IRM effectué le 15 septembre 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en radiologie, 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 C_____ Sàrl (ci-après : C_____), exploitant le restaurant à l'enseigne « C_____ », 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 C_____.

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

Après avoir cédé les parts de C_____ 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, C_____ a annoncé à SWICA l'événement du 12 août 2017.

b. Le médecin traitant de l'assuré, le docteur D_____, généraliste FMH, lui a prescrit des séances de physiothérapie et des médicaments. En raison de la persistance des douleurs, il a adressé l'assuré au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, 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 F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mandaté par SWICA, 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 E_____ 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 E_____, 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 G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, d'effectuer une expertise privée et de se déterminer sur l'état médical de l'assuré en lien avec son genou gauche, éventuellement son genou droit.

h. Le Dr G_____ 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 aménagements, n'était pas réaliste, car elle était purement médico-théorique et nullement applicable. Le patient continuait de se plaindre de 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 G_____ 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 G_____ 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 d'une 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 G_____, 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 H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Suite à l'examen du genou gauche de l'assuré, le Dr H_____ 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 G_____ 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 demie 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 G_____ 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 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 l'accident du 12 août 2017 et la rechute ou les séquelles tardives, constatées depuis avril 2019, n'était pas prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante, notamment après l'expertise réalisée par le Dr H_____.

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 H_____ lors de la consultation, et estimait que l'avis de ce dernier ne pouvait pas être retenu ; il concluait à l'annulation de la

décision et à l'octroi d'indemnités journalières, en faveur de l'assuré, depuis la date de l'accident jusqu'à ce jour, ainsi que l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

n. Par décision sur opposition du 21 février 2020, SWICA a confirmé la décision du 6 novembre 2019, pour les motifs déjà exposés dans cette dernière et a refusé la demande d'assistance judiciaire gratuite.

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 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). 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 allégué que l'assuré était toujours en incapacité de travail à 100%, critiquant les conclusions des rapports d'expertise rendus par les Drs F_____ et H_____, 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'art. 11 OLAA et, sur ce point, l'expertise rendue par le Dr H_____ 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 H_____ 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 I_____, spécialiste FMH en orthopédie 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 l'ordonnance d'expertise.

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 I_____, en vue de l'expertise, soit complet.

h. Par ordonnance du 10 novembre 2021, le mandat d'expertise a été confié à la Dresse I_____.

i. En dépit de très nombreux rappels, l'experte n'a pas rendu son rapport d'expertise, raison pour laquelle la chambre de céans a résilié le mandat d'expertise de la Dresse I_____ en date du 1er février 2023.

j. Les noms de deux co-experts, le professeur J_____ et le docteur K_____, tous deux spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont été soumis aux parties, qui n'ont pas fait valoir de motif de récusation dans le délai fixé par la chambre de céans.

k. Par ordonnance d'expertise du 8 février 2023, les co-experts J_____ et K_____ ont été mandatés par la chambre de céans. Ils ont rendu leur rapport d'expertise en date du 3 juillet 2023.

l. L'expertise contenait une courte anamnèse familiale ainsi qu'une anamnèse professionnelle et une anamnèse de l'événement, toutes deux détaillées. Les rapports médicaux étaient repris et résumés, tout particulièrement ceux des Drs E_____, G_____ et H_____. Après examen clinique et étude de l'imagerie médicale, les co-experts ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- un déconditionnement des deux genoux avec douleurs antérieures ;
- pour le genou gauche : un kyste méniscal sur la corne antérieure et postérieure du ménisque interne ; une lésion du ménisque interne corne postérieure Zone 2, pars intermédia Zone 1 ; une chondropathie de la facette interne grade II à III ; un status post lésion LLI grade I à II et entorse LCA, le 12.08.2017 ;
- les diagnostics étaient tous préexistants sur le genou gauche à l'exception de la lésion LLI et entorse LCA apparues lors de l'accident et avec la possibilité d'une acutisation de la lésion du ménisque interne lors de l'accident.
- pour le genou droit : une chondropathie rotulienne de la facette interne, grade III à IV ; une lésion ménisque interne corne postérieure Zone 2 ; un kyste de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que semi-membraneux ;
- les diagnostics étaient tous préexistants pour le genou droit, une entorse LCA grade II avait pu apparaître, probablement deux mois avant le 8 avril 2019 selon l'IRM du genou droit.

Les co-experts ont considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé en ce qui concernait les lésions du genou gauche subies lors de l'accident du 12 août 2017 et qui se présentaient comme guéries. S'agissant des lésions kystiques du ménisque interne du genou gauche, celles-ci se présentaient comme non entièrement stabilisées.

S'agissant de la causalité avec l'accident du 12 août 2017, les co-experts retenaient un lien de causalité possible entre l'accident et la lésion du ménisque interne du genou gauche et une causalité certaine entre l'accident et le status post lésion LLI et entorse LCA du genou gauche. Pour le genou droit il n'y avait pas de rapport de causalité avec l'accident du 12 août 2017 (rapport d'expertise, p. 15).

Selon les co-experts, l'accident avait décompensé un état maladif préexistant et avait notamment aggravé les lésions kystiques méniscales du genou gauche qui pouvaient, par la suite, s'être maintenues en raison d'un déconditionnement ; le *statu quo sine* du kyste méniscal avait probablement été atteint le 14 juin 2018 lors de la fin du traitement confirmé par le Dr E_____. Cette stabilité des lésions kystiques et une possible interprétation pour un *statu quo sine* était, selon les co-experts, possible en raison du manque d'évolution observé par comparaison des IRM du 30 janvier 2018 et du 8 avril 2019.

S'agissant du moment où la capacité de travail de 100 % avait été atteinte, les co-experts se sont fondés, notamment, sur le certificat d'arrêt de travail signé le 12 août 2017, puis sur l'attestation, par le Dr E_____, de la récupération de 100 % de la capacité à partir du 15 juin 2018. Ce laps de temps était expliqué par le retard dans la réhabilitation, l'évolution lente et le travail de l'expertisé. Les co-experts considéraient également que, suite à l'accident, l'expertisé avait présenté une phase de décharge prolongée, d'une part liée aux douleurs et lésions du genou gauche, d'autre part liée à la lésion scrotale subie lors de l'accident. Cette phase prolongée de décharge et le manque de rééducation initiale avaient amené un retard de rééducation (rapport d'expertise, p. 23).

Les co-experts considéraient que la capacité de travail de 100 % retenue par le Dr F_____ dès le 14 février 2018 dans l'activité habituelle n'était pas envisageable en raison du fait que la personne expertisée travaillait dans la restauration et devait régulièrement porter des charges et monter et descendre des escaliers.

En ce qui concernait les avis du Dr E_____, les co-experts confirmaient le rapport du 5 mars 2018, soit une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée mais de 0 % dans l'activité habituelle en raison des limitations fonctionnelles liées à la montée et la descente des escaliers ainsi que le port de charges. S'agissant du rapport du 26 avril 2018 du même médecin, les co-experts ne retrouvaient pas de diagnostic et constataient que le Dr E_____ considérait une reprise possible à 100 % dans une nouvelle activité se déroulant de plain-pied, en accord avec la volonté de la personne expertisée qui souhaitait reprendre son activité habituelle, mais dans un autre local, sans devoir monter et descendre des escaliers.

S'agissant de l'appréciation médicale du Dr G_____ du 13 mai 2019, les co-experts ont constaté qu'aucun diagnostic actuel n'était décrit, que la capacité de travail n'avait pas été évaluée, ni démontrée en détail et les co-experts ne partageaient pas, en substance, les conclusions du Dr G_____.

Enfin, en ce qui concernait l'avis du Dr H_____ du 15 octobre 2019, ses conclusions étaient partagées par les co-experts, mis à part le fait que les lésions kystiques liées aux lésions du ménisque interne montraient une péjoration lors du suivi par IRM entre 2019 et 2022. Néanmoins, les co-experts rejoignaient le Dr H_____ dans l'appréciation que les lésions en lien de causalité naturelle avec l'accident étaient guéries, avec persistance d'une légère instabilité et la possibilité d'une complication tardive, liée à l'augmentation de volume des kystes méniscaux du genou gauche, tout en considérant qu'au vu de l'historique il s'agissait d'une évolution naturelle de ces lésions.

m. Interpellées par la chambre de céans quant aux conclusions de l'expertise, les parties se sont déterminées comme suit.

n. Par courrier du 20 juillet 2023, SWICA a constaté que seul le diagnostic de status post-lésion LII grade II et III et entorse LCA du genou gauche était en relation de causalité de plus de 50 % avec l'accident du 12 août 2017. Selon SWICA, les co-experts estimaient que le *status quo sine* avait probablement été atteint le 14 juin 2018, lors de la fin du traitement confirmé par le Dr E_____ et qu'il n'y avait plus d'atteinte à l'intégrité. Les co-experts partageaient l'avis du Dr H_____, avec quelques précisions, mais ne retenaient pas celui du Dr G_____. Partant, SWICA persistait dans ses conclusions.

o. Par courrier du 3 août 2023 le recourant s'est étonné des conclusions des co-experts prononçant de manière ferme l'absence d'atteinte à l'intégrité, en lien avec l'accident. Il estimait que, contrairement à l'avis des co-experts, le *statu quo sine* n'était pas atteint et qu'il s'agissait, au contraire, d'une aggravation durable pour laquelle il convenait d'utiliser le terme « d'aggravation déterminante » raison pour laquelle il fallait réinterroger les co-experts sur cette apparente contradiction dans leurs conclusions. Le recourant a ainsi demandé que l'expertise soit complétée sur la question du déconditionnement et de sa relation de causalité avec l'accident, la question de l'instabilité liée à la lésion du LLI et de l'entorse du LCA et de sa relation de causalité avec l'accident et si les douleurs ressenties étaient bien en lien de causalité, au moins probable, avec l'accident. En fonction de ces questions, le recourant en déduisait des conclusions divergentes de celles de l'expertise.

p. Par observations du 25 août 2023, SWICA a considéré que des questions complémentaires n'étaient pas nécessaires car les co-experts avaient répondu clairement à toutes les questions posées, considérant que le but manifeste du recourant était d'orienter le travail des co-experts.

q. Par courrier du 31 août 2023, le recourant a persisté dans sa demande de questions complémentaires aux co-experts.

r. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

s. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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.

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.

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

5. 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.

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).

6. 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).

7. 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).

8. **8.1** 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).

8.2 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).

8.3 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).

8.4 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).

8.5 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).

8.6 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).

8.7 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

10. 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).

11. En l'espèce, le recourant considère qu'il a droit à des indemnités journalières pleines et entières de la part de SWICA, sans réduction et que son état de santé n'est, au jour du recours, pas stabilisé.

SWICA, de son côté, considère qu'il n'existe plus de relation de causalité naturelle entre l'accident du 12 août 2017 et les troubles de la santé du recourant, depuis au moins le mois d'avril 2019.

À teneur de l'expertise du 3 juillet 2023, les lésions en lien de causalité naturelle avec l'événement du 12 août 2018 sont guéries avec persistance d'une légère instabilité. Le *statu quo sine* a probablement été atteint, selon les co-experts, le 14 juin 2018, lors de la fin du traitement confirmé par le Dr E_____ (expertise, p. 15 *in fine*).

11.1 Il sied de rappeler que 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).

Le rapport des co-experts J_____ et K_____ correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical. Il contient en outre une anamnèse personnelle courte, mais une anamnèse professionnelle et médicale très fouillée et les co-experts ont rapporté les observations cliniques de manière détaillée à la suite d'un examen approfondi dans le service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de Fribourg le 8 mars 2023. Les plaintes de l'expertisé concernant ses douleurs ont été dûment rapportées.

Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et les co-experts ont mentionné, avec précision, les pourcentages de causalité concernant le lien avec l'événement accidentel et les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail. Ils ont expliqué les raisons pour lesquelles ils retenaient des troubles préexistants à l'accident. Ils ont, en outre, exposé de manière convaincante, pour quelles raisons il se ralliaient aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartaient. Leurs conclusions sont elles aussi claires et motivées.

11.2 Quant aux remarques du recourant au sujet de l'expertise judiciaire, elles tombent à faux.

En ce qui concerne les douleurs, il sied de rappeler que 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).

Les experts retiennent que le *statu quo sine* a été atteint probablement le 14 juin 2018 (rapport d'expertise, p. 15) tout en admettant que les kystes méniscaux, préexistants ont pu augmenter de volume suite à l'accident. En tout état, ils estiment que ces lésions kystales sont « restées stables à la comparaison des IRM du 30 janvier 2018 au 8 avril 2019 » et en concluent qu'au vu du manque d'évolution, le *statu quo sine* est possible.

Compte tenu de ce qui précède et vu l'absence de contradictions internes, l'expertise du 3 juillet 2023 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Partant – et contrairement à l'interprétation du recourant quant à l'existence d'une « aggravation déterminante », la chambre de céans estime qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions causées directement par l'accident au genou gauche étaient guéries et stabilisées en juin 2018.

S'agissant des troubles préexistants, soit les kystes méniscaux, il est également établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que ces troubles ont été possiblement aggravés par l'accident, notamment par une prise de volume induisant des douleurs, mais se sont stabilisés, au plus tard, le 8 avril 2019 selon l'IRM réalisée à cette date et comparée à l'IRM du 30 janvier 2018.

Dès lors, la décision querellée par laquelle SWICA refuse de prester pour les troubles constatés, dès avril 2019, sur les deux genoux est bien fondée, dès lors que lesdits troubles n'ont plus de rapport de causalité avec l'événement du 12 août 2017.

11.3 La chambre de céans considérant la théorie de l'aggravation déterminante développée par le recourant comme infondée, la demande de questions complémentaires aux experts présentée par ce dernier sera écartée, le rapport d'expertise répondant aux questions posées par la chambre de céans et permettant de se déterminer sur le moment du *statu quo sine*, comme vu *supra*.

12. Par ailleurs, le recourant conclut à l'octroi de l'assistance juridique qui lui a été refusée par SWICA dans le cadre de la procédure d'opposition.

Aux termes de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

L'octroi de l'assistance juridique gratuite signifie que la personne indigente est dispensée de payer les avances de frais et les sûretés exigées par l'autorité et que les frais d'avocat sont couverts par l'État. La dispense concerne également les frais inhérents à l'administration des preuves, comme les indemnités de témoins, d'interprètes ou les expertises (Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, 3ème éd., 2013, n. 1619).

Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, en vertu de l'art. 37 al. 4 LPGA, lorsque les circonstances l'exigent, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur.

Les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies pour autant que trois conditions cumulatives soient remplies, soit que les conclusions ne paraissent pas vouées à l'échec, que le requérant soit dans le besoin et que l'assistance d'un avocat soit nécessaire ou du moins indiquée (ATF 125 V 201 consid. 4a ; ATF 125 V 371 consid. 5b et les références).

12.1 Un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre et qu'elles ne peuvent être

considérées comme sérieuses, de sorte qu'une partie disposant des moyens nécessaires renoncerait, après mûre réflexion, à s'y engager en raison des frais auxquels elle s'exposerait. Le procès ne l'est en revanche pas lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près ou que les perspectives de succès ne sont que légèrement inférieures (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1 ; ATF 128 I 225 consid. 2.5.3 et la référence). Dans tous les cas, les chances de succès ne peuvent pas être déniées lorsque la démarche pose des questions complexes et que son issue apparaît incertaine (ATF 124 I 304 consid. 4b). L'autorité procédera à une appréciation anticipée et sommaire des preuves, sans toutefois instruire une sorte de procès à titre préjudiciel (ATF 124 I 304 consid. 2c).

12.2 Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 103 V 46 consid. 1b ; ATF 98 V 115 consid. 3a ; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références).

L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités; ATAS/175/2021 du 4 mars 2021 consid. 8c). À cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123). En règle générale, l'assistance gratuite est nécessaire lorsque la procédure est susceptible d'affecter d'une manière particulièrement grave la situation juridique de l'intéressé (ATF 130 I 180 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_297/2008 précité consid. 3.3).

12.3 Une partie est dans le besoin lorsque ses ressources ne lui permettent pas de supporter les frais de procédure et ses propres frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1 ; ATF 127 I 202 consid. 3b). Les besoins vitaux selon les règles de procédure

se situent au-dessus de ce qui est strictement nécessaire et excèdent le minimum vital admis en droit des poursuites (ATF 118 Ia 369 consid. 4). Pour que la notion d'indigence soit reconnue, il suffit que le demandeur ne dispose pas de moyens supérieurs aux besoins normaux d'une famille modeste (RAMA 1996 p. 208 consid. 2). Les circonstances économiques au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire sont déterminantes (ATF 108 V 265 consid. 4).

Ces conditions d'octroi de l'assistance judiciaire sont applicables à l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure d'opposition (Revue de l'avocat 2005 n. 3 p. 123), respectivement de décision.

12.4 En l'espèce, le recourant expose une situation financière difficile, sans toutefois fournir de pièces établissant son indigence, comme par exemple une demande d'aide à l'Hospice général.

Néanmoins, ce point ne sera pas développé davantage compte tenu du fait que les trois conditions cumulatives pour obtenir l'assistance judiciaire gratuite ne sont, dans tous les cas, pas réunies, comme cela sera exposé ci-après.

12.5 Il convient d'examiner s'il s'agit d'un cas exceptionnel, plus particulièrement si la détermination du *statu quo sine* pose des difficultés telles, d'un point de vue objectif – comme subjectif –, que le recours à un avocat se justifie depuis le prononcé de la décision du 6 novembre 2019.

À la lecture du dossier, on constate qu'il existait, au moment de l'ouverture de la procédure d'opposition, plusieurs rapports médicaux exposant clairement quelles étaient les conditions devant être remplies pour fixer le moment du *statu quo sine* et la question du rapport de causalité entre les troubles de la santé ressentis par le recourant et l'accident.

La nécessité d'une expertise judiciaire est apparue en raison de la contestation systématique par le recourant, des constatations médicales qui n'allaient pas dans le sens de ses revendications. Ainsi, le recourant a rejeté les conclusions du Dr E_____ et de l'expert H_____, allant jusqu'à se quereller avec ce dernier, prétendument « vendu aux assurances » et à en déduire un parti pris, alors même que les conclusions des spécialistes E_____ et H_____ étaient convergentes.

Au plan objectif, le dossier de l'intéressé n'apparaît pas poser des difficultés particulières auxquelles s'ajouteraient une complexité de l'état de fait ou des questions de droit et auxquelles le requérant ne serait pas apte à faire face seul. Ce d'autant moins qu'un expert, le Dr H_____, avait déjà investigué et apprécié la situation médicale de l'intéressé sans que l'intervention d'un avocat ne s'avère nécessaire et que l'assuré pouvait s'informer de la situation médicale et des conditions à remplir, auprès de son propre médecin traitant, le Dr E_____.

12.6 Enfin, sous l'angle des chances de succès, un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre et qu'elles ne peuvent être considérées comme sérieuses, de

sorte qu'une partie disposant des moyens nécessaires renoncerait, après mûre réflexion, à s'y engager en raison des frais auxquels elle s'exposerait.

On ne peut que constater que les co-experts désignés par la chambre de céans ont, par ailleurs, largement confirmé les appréciations du Dr H_____, l'expert désigné par l'assurance, ainsi que celles de l'un des médecins traitants du recourant, le Dr E_____. Ces appréciations médicales convergentes du Dr E_____ et du Dr H_____ démontrent que les chances de succès, respectivement, de l'opposition et du recours étaient notablement plus faibles que les risques de perdre, lorsque le recourant s'est opposé à la décision de SWICA. À cet égard, il ne pouvait ignorer que l'appréciation médicale du Dr G_____, qu'il avait mandaté pour réaliser ce qu'il a appelé une « expertise » privée, ne pouvait être que biaisée, dès lors que l'on 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).

12.7 Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que la décision de SWICA de ne pas octroyer à l'assuré l'assistance judiciaire gratuite, bien qu'insuffisamment motivée, est justifiée, en complétant les motifs, voire en les substituant.

13. Enfin, en ce qui concerne les frais de l'expertise judiciaire, les frais d'expertise peuvent 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 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). Néanmoins, 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).

13.1 En l'occurrence, la chambre de céans considère que l'instruction menée par l'intimée ne présente pas de lacunes ou d'insuffisances caractérisées, de telle sorte que les frais d'expertise seront laissés à la charge de l'État.

14. Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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) ; 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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