RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1492/2021 **ATAS/912/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 24 novembre 2023

Chambre 4

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Cédric KURTH, avocat

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, technicien, était employé de l'entreprise A_____, lorsqu'il a subi un accident le 1er février 2017 en glissant sur le sol et en chutant en arrière.

b. Le 9 février 2017, le docteur B_____ a attesté que l'assuré était totalement incapable de travailler dès le 1er février 2017.

c. Le 16 février 2017, la caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations d'assurances pour les suites de son accident professionnel dès le 4 février 2017.

d. Le 20 juillet 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé qu'en l'absence d'élément médical et au vu du type bénin du traumatisme en cause et de la durée de l'incapacité, on pouvait s'attendre à une reprise professionnelle le 2 août 2017.

e. Le 21 juillet 2017, la SUVA a informé l'assuré, que de l'avis de son médecin d'arrondissement, son incapacité de travail à 100% n'était plus justifiée médicalement pour les seules suites de son accident du 1er février 2017. Elle considérait donc qu'il était capable de travailler à 100% dès le 2 août 2017 et le versement des indemnités journalières prendrait fin le 1er août 2017 au soir.

f. Le 16 août 2017, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait repris le travail le 2 août précédent, mais qu'il avait ressenti une violente douleur en soulevant un bidon de 15 litres et avait dû arrêter de travailler.

g. Dans un rapport du 5 juin 2018, le Dr D_____ a indiqué, après avoir entendu l'assuré et procédé à des constatations, que la reprise du travail dans le métier antérieur était possible. Il fallait néanmoins retenir des limitations au niveau de la force (en raison d'une perte d'environ un tiers, même si le test dynamique était déjà très supérieur à ce que l'on rencontrait chez un homme de cet âge) et limiter les mouvements extrêmes avec les bras en porte-à-faux et en soulèvement au-dessus des épaules, en particulier sur un seul bras supérieur à 40 kg, et le travail épaule projetée en l'air comme dans un métier de plaquiste, en permanence ou d'une façon très répétée, de même que les ports de charges avec soulèvements supérieurs à 35 kg. Dans ces limitations fonctionnelles, la reprise pouvait se faire à 100% sans restriction ou limitation du rendement dès le 15 mai 2018.

h. Par décision du 6 novembre 2018, la SUVA a alloué à l'assuré des prestations pour l'accident professionnel du 1er février 2017.

i. Selon le rapport établi le 4 décembre 2018 par le Dr D_____ et le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, ces médecins ont procédé à des constatations et entendu l'assuré. Ils ont conclu que pour les seules anomalies orthopédiques, à plus d'une année de l'intervention chirurgicale, la situation clinique était suffisamment stabilisée pour permettre un bilan assécurologique du

cas, ce qui était confirmé par l'IRM de l'épaule droite de juillet 2018. Compte tenu de la difficulté pour l'assuré de réaliser son activité professionnelle habituelle, il était proposé de faire une modification définitive de l'activité avec une reprise de travail dans un métier adapté. Il était conseillé à l'assuré d'éviter les charges supérieures à 15 kg d'une façon répétitive, tous les travaux qui nécessitaient l'utilisation des deux bras au-dessus de la taille et avec les bras en avant, les maniements d'outils lourds, le port de charges répétitif et les sollicitations répétées du bras au-dessus de l'horizontale. Dans un travail adapté, tenant compte de ses limitations, il pourrait travailler avec un horaire complet et un plein rendement.

j. Le 5 décembre 2019, le Dr D_____ a précisé que l'assuré ne pouvait pas faire des travaux utilisant le membre supérieur droit au-dessus du thorax ou nécessitant les deux bras en coordination dans son métier initial de plaquiste, ni soulever les plaques lourdes au-dessus du plan du bassin. Il pouvait manger et se moucher avec le membre de son choix.

B. **a.** Par décision du 26 mars 2020, la SUVA a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident et d'une atteinte importante à l'intégrité. Elle a nié sa responsabilité en ce qui concernait les troubles de la sphère psychique de l'assuré.

b. Ce dernier, assisté d'un conseil, a formé opposition à la décision précitée, alléguant que des séquelles organiques de l'accident étaient toujours bien présentes et que ses troubles psychogènes invalidants étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec sa chute du 1er février 2017. Les séquelles psychiques et somatiques de l'accident l'empêchaient d'exercer une quelconque activité professionnelle. Il contestait les limitations fonctionnelles définies par le médecin d'arrondissement ainsi que le calcul du gain d'invalide et estimait avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il était disposé à se soumettre à une expertise médicale pluridisciplinaire.

c. Sur demande du Dr D_____, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a établi le 2 novembre 2020 un rapport, qui retenait que l'assuré était totalement capable de travailler dans une activité adaptée.

d. Dans un rapport du 16 février 2021, le Dr D_____ a procédé à une appréciation médicale, sur la base des pièces du dossier qu'il a résumées. Il a constaté que la situation de l'assuré sur le plan de l'épaule semblait stabilisée avec des séquelles fonctionnelles et la présence d'une petite fissure de la face articulaire du sus-épineux (séquelles chirurgie ou nouvelles atteintes ou évolution dégénérative ?). Un travail de type renforcement pourrait peut-être apporter un soulagement. L'assuré décrivait des douleurs au niveau de l'avant-bras droit et de la main droite que le médecin mettait en rapport avec les images dégénératives de

la nuque. Si la reprise de l'activité antérieure semblait compromise, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Les troubles somatiques résiduels, tant anatomiques que fonctionnels, pouvaient se résumer à une arthropathie scapulo-humérale de type périarthrite moyenne.

e. Dans un second rapport du 16 février 2021, le Dr D_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10% en se référant au tableau numéro 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, périarthrite scapulo-humérale moyenne 10%.

f. Par décision sur opposition du 16 mars 2021, la SUVA a réformé sa décision dans le sens qu'un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% était reconnu à l'assuré et l'a confirmée pour le surplus.

C. **a.** L'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 30 avril 2021, concluant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire (somatique et psychiatrique) soit ordonnée et à ce que le droit à une rente entière d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% lui soit reconnu, avec suite de dépens valant participation aux honoraires d'avocat pour la procédure visant à l'octroi de l'opposition.

b. Dans sa réponse, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Le recourant a transmis par la suite plusieurs rapports médicaux et radiologiques à la chambre de céans et persisté dans ses conclusions.

d. Le 2 juillet 2021, il a informé la chambre de céans que selon le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, ses lésions et leur aggravation justifiaient rapidement une nouvelle intervention chirurgicale de la coiffe des rotateurs.

e. Par arrêt du 31 août 2022, la chambre de céans a rejeté le recours, estimant notamment qu'au moment de la décision du 26 mars 2020, aucun rapport médical ne permettait à l'intimée de penser que l'état de santé du recourant ne serait pas stabilisé dès le 1er février 2021.

D. **a.** L'assuré a formé recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral. Ce dernier a partiellement admis le recours, annulé l'arrêt de la chambre de céans du 31 août 2022 et renvoyé la cause à cette dernière pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a considéré qu'en tant que le Dr G_____ avait posé dans son rapport du 6 février 2022 le diagnostic d'une re-déchirure du tendon du sus-épineux dont il avait fait remonter l'origine au 18 juin 2018 à la suite d'un port de charge excessive, ce rapport devait être pris en considération dans la présente procédure. Cela étant, il y avait lieu d'admettre avec le recourant que la Cour cantonale avait jugé à tort que les considérations émises, dont elle n'avait fait qu'une lecture partielle, n'amenaient rien qui remettait en question l'appréciation médicale du cas par l'intimée. Alors que selon le Dr D_____, la rechute

annoncée en juin 2018 avait consisté en une simple récidive douloureuse des suites de l'intervention du 14 novembre 2017 suivie d'une stabilisation de l'état de santé du recourant au 1er janvier 2020, le Dr G_____ apportait dans son rapport du 6 février 2022 un tout autre éclairage sur la situation médicale du recourant. Il retenait la survenue, le 18 juin 2018, d'une nouvelle lésion au tendon opéré dont l'évolution vers une aggravation au fil du temps avait justifié l'indication de la seconde intervention du 29 octobre 2021. Les éléments qu'il avait mis en exergue étaient l'inadéquation des recommandations du médecin de la SUVA s'agissant du port de charges par rapport à l'état post-opération du recourant et aux indications du premier chirurgien opérateur (le Dr H_____), le soulèvement par la recourant d'un poids excessif lors de la reprise de l'activité habituelle, l'examen IRM réalisé quelques jours après montrant une anomalie évocatrice d'une fissure profonde, la cohérence de l'imagerie ultérieure avec une rupture d'abord partielle puis transfixiante du tendon du sus-épineux et la médiocre évolution clinique tout au long de la période considérée. Or, cette appréciation rétrospective de l'état de santé du recourant – dont on pouvait inférer qu'au moment de la décision sur opposition litigieuse, l'atteinte initiale n'était ni guérie ni stabilisée en raison de l'aggravation progressive d'une nouvelle lésion au même tendon – était de nature à faire naître un doute sur la fiabilité de l'avis final du Dr D_____ du 16 février 2021, dans lequel celui-ci avait confirmé que l'état du recourant était stabilisé. Tout d'abord, les examens radiologiques effectués depuis la rechute ne permettaient pas d'écarter l'éventualité d'une nouvelle lésion. Sur la base de l'IRM réalisée le 10 juillet 2018, le Dr H_____ avait seulement écarté l'hypothèse d'une rupture transfixiante. En connaissance de l'arthro-IRM/CT du 10 juillet 2020, montrant une fissure traumatique sur 2 cm, le Dr D_____ avait certes nié l'existence d'une nouvelle atteinte, mais sans motiver davantage son avis. Quant au Dr F_____, il avait soulevé la question d'une nouvelle atteinte, mais sans y répondre. En définitive, aucun des médecins dont l'appréciation avait servi à fonder la décision de l'intimée ne s'était exprimé sur les éléments avancés par le Dr G_____. Ensuite, le fait que le recourant avait été opéré en octobre 2021 pour une révision et suture du tendon du sus-épineux tendait à renforcer l'appréciation émise par le Dr G_____ que l'état du recourant n'était pas stabilisé.

Il s'ensuivait que la Cour cantonale n'était pas fondée à confirmer la décision de l'intimée, qui avait clos le cas et octroyé au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. En effet, la stabilisation de l'état de santé constituait la condition *sine qua non* pour procéder à la clôture du cas d'assurance selon l'art. 19 al. 1 LAA et mettre fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières. Il convenait par conséquent de renvoyer la cause aux juges cantonaux, pour qu'ils mettent en œuvre une instruction complémentaire en vue de départager les opinions des Drs D_____ et G_____ à cet égard. Sur la base du résultat de cette instruction, il appartiendrait à la Cour cantonale d'en tirer les conséquences juridiques sur le droit aux prestations du

recourant. À l'intention de ce dernier, le Tribunal fédéral relevait qu'à ce stade de la procédure, l'examen du lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident ainsi que de son droit éventuel à une rente d'invalidité était prématuré, cet examen devant se faire au moment de la clôture du cas, qui faisait justement l'objet de la divergence d'opinion entre les médecins précités.

b. Par courrier du 28 septembre 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise et de désigner le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, comme expert. Elle leur a également soumis les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

c. Le 17 octobre 2023, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert et il sollicité que des questions complémentaires soient posées à ce dernier.

d. Par courrier du 17 novembre 2023, l'intimée a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à l'égard du Dr I_____, mais a néanmoins constaté que celui-ci n'avait pas de compétence reconnue en médecine d'assurance, n'étant, notamment, pas certifié SIM. De surcroît, il était référencé comme spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein de l'Hôpital J_____ à K_____. De ce fait, il était amené à collaborer étroitement avec le Dr F_____, ce qui, au regard des circonstances du cas d'espèce, pouvait donner à tout le moins l'apparence de la prévention et fasse redouter une activité partiale de l'expert. L'intimée a en conséquence proposé de désigner comme expert le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à Neuchâtel.

En ce qui concernait le projet de mission d'expertise, elle a suggéré des questions complémentaires et la suppression des questions énoncées sous le ch. 11 (« Autres facteurs »), lesquelles se rapportaient aux critères juridiques de la causalité adéquate en matière de troubles psychiques, qui n'était pas du ressort médical.

EN DROIT

1.

1.1 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).

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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

1.2 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). Celles-ci 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).

1.3 Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement

médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 phr. 1 LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire, notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la

mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

2. En application de l'arrêt du Tribunal fédéral, il convient d'ordonner une expertise confiée un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (épaules) pour établir si l'état de santé du recourant était stabilisé dès le 1er février 2021 et sinon depuis quand il l'est devenu, en se prononçant sur les opinions divergentes sur cette question des Drs D_____ et G_____.

3.

3.1 L'intimée a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à l'égard du Dr I_____, mais a néanmoins constaté que celui-ci n'avait pas de compétence reconnue en médecine d'assurance, n'étant, notamment, pas certifié SIM et qu'il travaillait avec le Dr F_____ à l'hôpital J_____ ce qui pouvait donner l'apparence d'une prévention et faire redouter une activité partiale de l'expert. Elle a proposé de désigner un expert exerçant à Neuchâtel.

3.2

3.2.1 Les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (cf. ATF 134 I 20 consid. 4.2 p. 21 et les arrêts cités).

3.2.2 L'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.).

Le Tribunal fédéral a jugé que l'appartenance à un même centre d'expertise, qui n'implique normalement pas une présence régulière dans les mêmes locaux, n'est pas de nature à favoriser des liens plus étroits que ceux pouvant exister entre des spécialistes qui se croisent à l'occasion hors de leur lieu de travail habituel. Il en va en revanche différemment de deux médecins qui travaillent tous les jours dans les mêmes locaux au sein d'un petit cabinet de groupe dont ils partagent les frais. De tels contacts quotidiens doublés d'une communauté d'intérêts économiques à travers le partage des frais constituent des éléments objectifs suffisants - au vu des exigences élevées posées à l'impartialité des experts médicaux - pour faire naître à tout le moins une apparence de prévention lorsque l'un des associés est désigné comme expert par un assureur-accidents alors que son associé a déjà émis un avis médical sur le cas en tant que médecin-conseil dudit assureur (ATF 148 V 225 consid. 5.3).

La certification SIM est certes exigée pour les experts mandatés par les assureurs (art. 44 LPGA et 7m al. 2 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11] entré en vigueur le 1er janvier 2022), mais non pour les expertises judiciaires.

3.3 En l'espèce, le fait que le Dr I_____ ne soit pas certifié SIM ne remet pas en cause ses compétences pour expertiser le recourant, étant rappelé que cette certification n'est pas exigée pour les expertises judiciaires. Par ailleurs, le fait que le Dr I_____, dont le cabinet médical se situe aux Acacias, exerce partiellement son activité à l'hôpital J_____, où le Dr F_____ exerce son activité, ne suffit pas, au regard des circonstances du cas d'espèce, à donner l'apparence d'une prévention, ni à faire redouter une activité partiale de l'expert, car le Dr F_____ n'a pas suivi le recourant, mais ne l'a rencontré qu'à une reprise, il y a trois ans (le 2 novembre 2020), à la demande du Dr D_____. Aucun élément de la procédure ne laisse penser que le Dr F_____ pourrait interférer dans l'appréciation du Dr I_____.

Il n'y a ainsi pas de motif justifiant un changement d'expert.

3.4 L'intimée a encore considéré qu'il n'appartenait pas à un médecin de trancher la question juridique de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, la condition indispensable de l'existence d'un lien de causalité adéquate était remplie.

3.5 S'il appartient en dernier lieu au juge de trancher la question de la causalité adéquate, qui est effectivement de nature juridique, rien n'empêche celui-ci de poser des questions à ce sujet à l'expert, de sorte que la mission d'expertise ne sera pas corrigée sur ce point.

3.6 Les questions complémentaires des parties seront ajoutées à la fin de la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____ et la confie au docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, _____, Genève.

II. 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 ayant traité la personne expertisée.

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

D. Établir 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

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? 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.

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

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 ?

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 d'avis médicaux du dossier**

10.1 Êtes-vous d'accord avec les deux rapports du Dr D_____ du 16 février 2021 ? pour quels motifs ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr F_____ du 2 novembre 2020 ? pour quels motifs ?

10.3 Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr G_____ du 2 juillet 2021 ? pour quels motifs ?

11. **Autres facteurs**

Suite à l'accident du 1er février 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.

15. **Questions complémentaires du recourant :**

1) Quel aurait dû être le port de charge maximal préconisé aux premiers jours de la reprise de travail après l'opération du 14 novembre 2017 ?

2) La reprise de travail post opération du 14 novembre 2017 a-t-elle été trop précoce ?

3) À la reprise du travail, des ports de charges progressifs auraient-ils dû être préconisés ?

4) Quel est le port de charge maximal actuel pour chacun des membres supérieurs ?

5) Les membres supérieurs droit et gauche sont-ils opérationnels pour une activité professionnelle, en élévation et en abduction ?

6) Les plaintes de douleurs relatives à l'épaule gauche sont-elles compatibles avec les atteintes de l'épaule gauche ?

7) Quelle(s) atteinte(s) présente le tendon du biceps gauche ?

8) La déchirure de la coiffe du côté gauche peut-elle être liée à la reprise d'activité du 18 juin 2018 (port de 25 kg à chaque bras) ?

9) Le poignet droit présente-t-il une tendinite dite « De Quervain », soit une lésion de surcharge ?

10) Quelles atteintes à la biomécanique du membre supérieur droit et sa coordination sont constatées ?

11) Est-il vraisemblable (et conforme à l'expérience de la vie) que le patient droitier ait surexposé et surchargé son épaule gauche en compensation depuis les accidents de 2017 puis 2018 ?

12) Quelles sont les mesures de mobilité des deux épaules constatées par l'expert ?

13) Les épaules droite et gauche sont-elles stabilisées ?

14) Une récupération *ad integrum* des épaules peut-elle être espérée, cas échéant dans quel délai ?

15) Dans quelle mesure la pathologie de l'épaule gauche peut-elle être conditionnée avec l'impotence de l'épaule droite présente depuis cinq années ?

16. **Questions complémentaires de l'intimée :**

1) Au regard des pièces médicales consignées au dossier et, en particulier, de l'IRM du 4 mars 2020 (dossier, pièce 246), peut-on considérer qu'au 1er février 2020, l'état de santé de l'assuré était stabilisé, soit qu'il ne subsistait plus de mesure thérapeutique susceptible d'améliorer son état de santé ?

2) En d'autres termes, peut-on admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante et en tenant compte de l'intégralité des pièces médicales au dossier, que l'opération du 29 octobre 2021 (révision arthroscopique de la coiffe avec suture du tendon du sus-épineux) était constitutive d'une rechute ou s'agissait-il plutôt de la

même atteinte initiale qui n'avait jamais guéri depuis l'accident du 1er février 2017 ?

3) Quels sont les éléments médicaux susceptibles, au degré de la vraisemblance prépondérante, de donner raison aux arguments avancés par le Dr G_____ ?

4) Quels sont les éléments médicaux susceptibles de remettre en cause, au degré de la vraisemblance prépondérante, les arguments avancés par le Dr G_____ ? En particulier, quelle lecture faites-vous l'IRM du 4 mars 2020 (dossier, pièce 246) ?

5) Dans la mesure où l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé au 1er février 2020 (l'atteinte initiale n'avait jamais guéri/l'opération du 29 octobre 2021 ne constituait pas une rechute), à partir de quand peut-on considérer que dite stabilisation était acquise ?

6) Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte pour les seules séquelles de l'accident du 1er février 2017 ?

7) Dans une activité adaptée, quelle est la capacité de travail de l'assuré ?

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

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

V. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance**, en tant qu'elle se prononce sur un motif de récusation formel de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_741/2022 du 6 juillet 2023)**, 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. La présente ordonnance et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être jointes à l'envoi.

La greffière

Isabelle CASTILLO

La présidente

Catherine TAPPONNIER

La présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le