



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2712/2019

ATAS/1167/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 décembre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Carouge

recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, Winterthur,
représenté par SWICA ORGANISATION DE SANTE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1991, a travaillé en qualité d'assistant à l'Université de Genève dès le 1^{er} octobre 2014. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de Swica Assurances SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. Le 30 mai 2016, l'employeur de l'assuré a déclaré à l'assurance un accident-bagatelle survenu le 21 mai précédent, ayant entraîné des entorses aux deux genoux. Les premiers soins avaient été prodigués par le docteur B_____.
3. Une IRM réalisée le 30 janvier 2017 a révélé une déchirure complexe du ménisque latéral avec une languette luxée sous la corne moyenne dans le récessus ménisco-tibial, d'autres petits foyers de déchirure sur les surfaces supérieures des cornes antérieure et postérieure, une chondropathie fémoro-tibiale latérale par endroits de stade IV, prédominant dans le secteur postérieur du plateau tibial et postéro-supérieur de la convexité condylienne, quelques fissurations de la racine tibiale antérieure du ménisque médial sans déchirure, une chondropathie fémoro-tibiale médiale de bas grade, une chondropathie focale de stade III de la corne trochléenne et des séquelles de déchirure proximale du ligament collatéral médial.
4. Le 5 avril 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport, dont le contenu est illisible.
5. Selon une note de l'assurance du 20 avril 2017, établie à la suite d'un entretien téléphonique avec l'assuré, ce dernier avait eu un accident alors qu'il pratiquait le *wakeboard*. Il avait fait une mauvaise chute.
6. Dans un rapport du 28 avril 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin du sport, a posé le diagnostic de luxation du ménisque latéral droit. Le pronostic était bon en cas d'opération, mais il existait un risque de séquelles.
7. Le 12 juin 2017, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de déchirure complexe du ménisque externe du genou droit. L'assuré avait subi une entorse du ligament collatéral interne à ce genou une année auparavant, avec traitement conservateur. Depuis la reprise sportive, il y avait une recrudescence des douleurs du compartiment externe, sans blocage. Ce médecin avait posé l'indication à une arthroscopie avec résection partielle du ménisque externe. L'assuré avait souhaité un autre avis chirurgical.
8. Par courriel du 14 juin 2017, l'assurance a confirmé à l'assuré la prise en charge de son hospitalisation prévue le 16 juin 2017, conformément à l'avis de son médecin-conseil.
9. Selon un compte-rendu opératoire du 21 juin 2017 le docteur F_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a pratiqué le 16 juin précédent une arthroscopie du genou droit de l'assuré, avec résection partielle du ménisque externe et suture du hiatus poplité, en raison d'une lésion radiaire du ménisque externe de la partie profonde avec une instabilité du

hiatus poplité. Il a noté que l'assuré avait subi une chute en *wakeboard* une année plus tôt, avec une douleur persistante au niveau postéro-externe.

10. Le 8 novembre 2017, le docteur G_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a attesté une incapacité de travail complète de l'assuré du 16 juin au 2 juillet 2017.
11. Dans un questionnaire rempli le 30 janvier 2018, l'assuré a indiqué que le traitement des suites de l'accident du 21 mai 2016 n'était pas terminé. Il poursuivait la physiothérapie et la rééducation.
12. Dans un rapport du 8 mars 2018, le docteur H_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a diagnostiqué une tendinopathie rotulienne importante apparue après le traumatisme, probablement dans les suites de l'arthroscopie, et une amyotrophie du quadriceps droit. La flexion du genou en charge, la montée ou descente d'escaliers et le changement de position assis-debout étaient limités.

Il a joint à son rapport ses notes de consultation du 15 février 2018, dont il ressort que la tendinopathie était symptomatique depuis le mois de décembre 2017.

13. Dans un courrier du 17 janvier 2019, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, s'est prononcé sur le dossier de l'assuré. Il s'est référé au rapport du Dr C_____, qu'il a qualifié de pratiquement illisible, au rapport d'IRM du 30 janvier 2016, au rapport opératoire d'arthroscopie et au rapport du Dr H_____ du 8 mars 2018. Il a conclu qu'il était très peu probable que le traitement de 2018 fût en relation avec l'entorse du genou droit survenue en mai 2016 et l'arthroscopie réalisée 13 mois plus tard. Il pouvait très bien s'agir de lésions sur surutilisation, et pas du tout d'origine traumatique.
14. Par décision du 24 janvier 2019, l'assurance s'est référée à une annonce de rechute de l'accident du 21 mai 2016, à laquelle l'assuré aurait procédé en janvier 2018. Elle a nié le droit aux prestations de l'assuré pour les troubles actuels de son genou droit, citant l'avis de son médecin-conseil.

Elle a également notifié sa décision à l'assurance-maladie de l'assuré.

15. Dans un courrier du 4 février 2019 à l'assurance, le Dr H_____ a indiqué que l'IRM de janvier 2017 ne révélait pas de tendinopathie du ligament rotulien. Cependant, à la suite de la rééducation en physiothérapie, l'assuré se plaignait d'une douleur cliniquement concordante. La littérature décrivait l'apparition d'une tendinopathie rotulienne aigue après arthroscopie, lien dont le Dr F_____ avait confirmé qu'il était bien connu. Il ne s'agissait donc clairement pas d'une tendinopathie dégénérative. Il existait une très haute probabilité d'un lien avec le geste chirurgical. En cas de doute, le Dr H_____ proposait une nouvelle IRM des deux genoux pour comparaison.

Le Dr H_____ a joint à son envoi un article intitulé *Patella Tendinopathy after Arthroscopic Meniscectomy : A Case Report*, présentant le cas d'un homme de 57 ans s'étant plaint de douleurs aigues au genou deux semaines après une

arthroscopie, avec des signes d'altération du tendon à l'IRM, et précisant que des complications des tendons étaient extrêmement rares après une arthroscopie du genou.

16. Le 8 février 2019, l'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance. Il a allégué qu'il n'avait jamais eu de problème de genou avant son accident et que l'arthroscopie avait été suivie d'importantes complications dès le début de la phase de rééducation. L'intensité des douleurs au tendon rotulien avait augmenté avec le temps. La rechute avait été annoncée par ses médecins, qui s'étaient basés sur leur expertise. L'apparition des complications rapidement après l'opération prouvait qu'elles n'étaient pas dues à une surutilisation, et le lien de causalité entre la rechute et l'arthroscopie était évident, ce que confirmait le rapport du Dr H_____.
17. Le 21 mars 2019, l'assurance-maladie de l'assuré a indiqué à l'assurance qu'après examen du dossier, elle retirait l'opposition formulée le 15 février 2019.
18. Dans un courrier du 18 avril 2019, le Dr F_____ a invité l'assurance à reconsidérer sa décision de ne pas prendre en charge la rechute annoncée. Il a rappelé que l'IRM de janvier 2017 avait mis en évidence une lésion radiaire du ménisque externe et une lésion cartilagineuse du plateau tibial postéro-externe, associées à une instabilité du hiatus poplité du genou droit. Pour cette raison, une indication chirurgicale avait été posée et une arthroscopie du genou droit avait été réalisée le 16 juin 2017. Dans les suites postopératoires, au contrôle des cinq mois, l'assuré avait mentionné de nouvelles douleurs au niveau de la région antérieure du tendon rotulien. Ces douleurs n'existaient pas avant la chute et l'intervention, et elles avaient fait l'objet d'un diagnostic de probable tendinopathie insertionnelle réactionnelle du tendon rotulien, devenue symptomatique en décembre 2017, et non d'une tendinopathie dégénérative, qui n'était d'ailleurs pas présente sur l'IRM préopératoire. Il s'agissait donc d'une suite de l'accident.
19. Le 20 mai 2019, le Dr I_____ a rendu une nouvelle appréciation, dans laquelle il a cité le rapport du 18 avril 2019 du Dr F_____, et qu'il a conclu en répétant qu'il était *a priori* très peu probable que le traitement de 2018 soit en relation avec l'entorse du genou droit survenue en mai 2016 et l'arthroscopie pratiquée 13 mois plus tard, le Dr F_____ n'amenant pas d'élément susceptible de modifier sa précédente appréciation.
20. Par décision du 28 juin 2019, l'assurance a écarté l'opposition, se fondant sur les appréciations du Dr I_____, dont elle a affirmé qu'elles prenaient en considération l'ensemble des circonstances du cas d'espèce et étaient bien motivées. Le Dr I_____ disposait d'un dossier médical complet lui permettant d'établir de manière précise les circonstances de l'accident, l'atteinte à la santé ainsi que son évolution, et de présenter des conclusions motivées. L'argumentation de l'assuré, qui disait n'avoir jamais eu de douleurs au genou avant l'accident, ne suffisait pas à admettre l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles.
21. Par écriture du 16 juillet 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'intimée. Il a conclu à son annulation, à ce qu'il soit constaté que la rechute était

une conséquence directe de l'acte chirurgical et que l'intimée devait la prendre en charge, ainsi que tous les frais médicaux passés et futurs en lien avec cette rechute.

Il a notamment exposé qu'après son intervention, il avait ressenti des douleurs au niveau du tendon rotulien en automne 2017, qui persistaient depuis. Il a cité les rapports des Drs H_____ et F_____.

22. Dans sa réponse du 26 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a notamment souligné que l'article transmis par le Dr H_____ concernait un homme bien plus âgé qui avait présenté des douleurs deux semaines après l'opération, et mentionnait qu'il s'agissait d'un cas tout à fait inhabituel. Contrairement à ce qu'affirmait le recourant, une surutilisation était « certainement probable » (*sic*). L'assurance-maladie avait du reste retiré son opposition.

L'intimée a indiqué joindre à son écriture le dossier complet de la cause.

23. Dans sa réplique du 26 août 2019, le recourant a précisé n'avoir pas subi d'entorse aux deux genoux, mais uniquement au genou droit. Il a affirmé que selon un argument purement logique, si la cause de sa rechute n'avait pas de « meilleur candidat » que l'acte chirurgical, alors ce dernier en était la cause la plus probable, et le droit à des prestations était justifié. L'argument de la surutilisation pouvait en outre être facilement écarté. Ce terme impliquait que le recourant aurait utilisé son genou de façon excessive et exagérée. Or, il avait suivi scrupuleusement son traitement, encadré par un physiothérapeute et son médecin, et il n'avait pas encore repris d'activité sportive. Il n'avait donc pas pu utiliser son genou de manière excessive. Il laissait les experts se déterminer sur la pertinence de l'article transmis par le Dr H_____.
24. Par réplique du 6 septembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé que l'assuré présentait des chondropathies de stades III et IV selon l'IRM de janvier 2017. La surutilisation évoquée par le Dr I_____ était un terme englobant également l'usure.
25. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 9 septembre 2019.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

En revanche, les conclusions constatatoires du recourant sont irrecevables eu égard à leur caractère subsidiaire par rapport à ses conclusions formatrices – dont elles ne sont du reste que les prémisses juridiques (ATF 129 V 289 consid. 2.1).

3. L'objet du litige dans la procédure administrative est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2).

En l'espèce, si la décision du 24 janvier 2019 est peu précise, on comprend néanmoins qu'est litigieuse la prise en charge des troubles du genou apparus en janvier 2018, et ayant apparemment été annoncés comme une rechute à l'intimée.

4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie 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, en revanche, 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 se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).
5. Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les

faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

En cas de rechute, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

6. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance prépondérante, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n°U 275 p. 191 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 250/04 du 3 mai 2005 consid. 1.2).

Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3 et U 50/99 du 28 juin 2001 consid. 3a).

Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1). En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de

contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

8. En l'espèce, il faut en premier lieu relever que le dossier de l'intimée – pourtant censé être produit dans son intégralité si l'on s'en tient aux indications contenues dans sa réponse du 26 juillet 2019 – est pour le moins lacunaire.

En effet, il ne contient même pas la déclaration de rechute du recourant, apparemment déposée en janvier 2018, qui a conduit à la décision dont est recours. En outre, presque aucun rapport médical afférent au traitement de l'accident survenu en mai 2016 n'y figure. On ne trouve notamment pas les constatations du Dr B_____, qui a prodigué les premiers soins. On ignore du reste en quoi a consisté le traitement initial, et s'il était achevé avant l'arthroscopie réalisée en juin 2017. L'avis du médecin-conseil ayant conduit l'intimée à prendre en charge cette intervention n'a pas non plus été versé au dossier.

En outre, l'intimée a nié le droit aux prestations en se fondant sur les avis du Dr I_____. Cependant, contrairement à ce qu'elle affirme, les prises de position de ce médecin ne sont guère motivées, puisqu'elles se résument à des conclusions émises à la suite d'un bref récapitulatif du dossier, qui ne sont étayées par aucune explication. Il semble que le médecin-conseil n'a pas fondé son rapport sur l'étude d'un dossier complet. Outre les éléments manquants recensés ci-dessus, sa dernière appréciation du 20 mai 2019 ne se prononce en effet ni sur l'appréciation du Dr H_____, ni sur la doctrine médicale produite par ce dernier, dont il n'a apparemment pas eu connaissance. Enfin, la conclusion de l'avis du 20 mai 2019 est exprimée « *a priori* », ce qui semble impliquer qu'elle ne repose pas sur un examen approfondi.

Ces éléments, ainsi que les avis divergents des Drs F_____ et H_____, suscitent des doutes importants sur l'appréciation du Dr I_____.

Par ailleurs, le retrait de l'opposition de l'assurance-maladie à la décision de l'intimée ne suffit pas à accréditer sa position.

9. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant d'avis émis sur la base de l'étude d'un dossier incomplet.

Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en rassemblant l'ensemble du dossier médical du recourant, puis en diligentant une expertise, qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Elle devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de dite expertise.

10. Le recours est partiellement admis.

Le recourant, non représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 28 juin 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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