RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2877/2020 **ATAS/1004/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2021

6ème Chambre

En la cause

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY — recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR

et

Monsieur A_____, domicilié à REIGNIER, FRANCE — intimés

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

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou l'intimé) travaille depuis le _____ 1990 en tant que serveur/chef de rang à la brasserie B_____ à Genève. A ce titre, il est assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de SWICA ASSURANCES SA, auparavant PANORAMA ASSURANCES SA (ci-après : SWICA ou l'intimée) et est au bénéfice d'une assurance perte de gain maladie conclue par son employeur auprès de MUTUEL ASSURANCES SA (ci-après : MUTUEL ou la recourante).

b. Le 4 janvier 1992, alors qu'il circulait à cyclomoteur, l'assuré a été victime d'un accident sur le trajet de son domicile. Un véhicule l'a doublé et lui a coupé la route, de telle manière que son genou a heurté le pare-chocs arrière dudit véhicule.

c. Suite à cet accident, l'assuré a souffert d'une fracture de la rotule gauche, laquelle a nécessité un cerclage-haubenage par ostéosynthèse le 11 janvier 1992 et une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 octobre 1993.

d. En juin 1999, l'assuré s'est plaint d'une douleur chronique avec tuméfaction. Les radiographies effectuées ont montré un aspect remanié de la rotule en relation avec l'ancienne fracture du pôle inférieur et un début d'arthrose fémoro-patellaire.

En raison de ces douleurs, l'assuré a été incapable de travailler du 22 juin au 4 juillet 1999.

e. Le 3 octobre 2016, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche, au cours de laquelle une lésion de la corne postérieure du ménisque a été réséquée.

f. En raison d'une arthrose fémoro-patellaire de stade 3, sur séquelles de fracture de la rotule associée à une arthrose fémoro-tibiale interne sur séquelle de méniscectomie, l'assuré a bénéficié, en date du 3 janvier 2018, de la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche.

g. A la demande de SWICA, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste de la colonne vertébrale, a établi un avis orthopédique sur dossier en date du 31 octobre 2018. Il en ressort que l'assuré présentait deux pathologies distinctes au genou gauche. La première – l'arthrose fémoropatellaire – était en lien de causalité avec le traumatisme du 4 janvier 1992. Quant à la seconde – l'arthrose fémorotibiale –, elle était sans rapport avec le traumatisme précité. L'implantation de la prothèse totale du genou était la solution chirurgicale aux deux pathologies du genou, de sorte que cette intervention n'était qu'en lien de causalité naturelle partielle avec l'accident du 4 janvier 1992.

h. Par courrier du 20 décembre 2018, SWICA a accepté de prendre en charge la mise en place de la prothèse et ses suites.

i. En raison de douleurs persistantes au niveau de la prothèse, SWICA a mandaté le Dr C_____ pour expertise. A teneur de son rapport du 22 février 2019, les

diagnostics étaient ceux de status post-tabagisme à 30 UPA, stoppé en 2018, status post hernie discale lombaire en 2010, de localisation inconnue, status post cure de hernie discale lombaire en 2010, de localisation inconnue, status post maladie discale dégénérative sévère L3-L4 et L4-L5 avec zygarthrose bilatérale à prédominance gauche en L4-L5 et arthrose sacro-iliaque bilatérale le 12 février 2019, status post fracture de la rotule gauche de type II de Duparc le 4 janvier 1992, status post réduction ouverte et ostéosynthèse de la fracture de la rotule gauche par cerclage-haubanage le 11 janvier 1992, status post ablation du matériel d'ostéosynthèse à la rotule gauche le 13 octobre 1993, status post arthrose fémoro-patellaire gauche le 22 juin 1999, status post gonarthrose gauche le 3 octobre 2016, status post implantation d'une prothèse totale de genou à gauche le 3 janvier 2018.

Pour le Dr C_____, les douleurs au niveau du genou gauche devaient être attribuées à une pathologie lombaire de nature médicale (recte maladive). Cette pathologie, tout comme sa prise en charge et l'incapacité de travail y consécutive n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'événement du 4 janvier 1992.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités impliquant de soulever, porter, pousser ou tirer des charges de plus de 15 à 25 kg, travailler en position accroupie, ramper ou grimper ou encore effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de l'articulation en cause.

La capacité de travail dans la profession habituelle de chef de rang était nulle du 3 janvier 2018 (implantation de la prothèse) au 31 mars 2018, et entière dès le 1er avril 2018. En raison de la pathologie rachidienne d'origine maladive, la capacité de travail était nulle du 1er avril 31 juillet 2018, de 50% du 1er août au 9 novembre 2018, nulle en raison d'une poussée de lombalgie aiguë du 10 au 18 novembre 2018 et de 50% depuis le 19 novembre 2018.

B. a. Se fondant sur l'appréciation précitée du Dr C_____, SWICA a, par décision du 2 avril 2019, mis un terme à ses prestations avec effet au 1er avril 2018, considérant que les plaintes subséquentes étaient en lien avec la pathologie lombaire. SWICA renonçait toutefois à demander le remboursement des prestations versées à tort du 1er avril 2018 au 31 mars 2019.

b. Par courrier du 16 mai 2019, MUTUEL s'est opposée à la décision du 2 avril 2019. Elle a notamment complété son opposition en date du 24 janvier 2020 suite à un rapport du 23 décembre 2019 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qu'elle avait mandaté pour expertise. Selon ce médecin, le diagnostic était celui de syndrome douloureux résiduel modéré après prothèse totale du genou gauche pour arthrose fémoro-patellaire massive après cal vicieux et rotule basse sur ancienne fracture comminutive de rotule. La capacité de travail dans l'activité habituelle de chef de rang était de 50%. Elle était toutefois entière dans une activité assise ou semi-assise, avec déplacements occasionnels, avec port de charge de 5kg,

occasionnellement de 10kg et exceptionnellement de 15 kg. La position bipodale continue et le piétinement étaient contre-indiqués.

c. Pour sa part, l'assuré ne s'est pas opposé à la décision du 2 avril 2019.

d. Le 4 août 2020, SWICA a écarté l'opposition de MUTUEL, considérant que le rapport du Dr D_____ ne permettait pas d'établir que les troubles étaient toujours en lien de causalité avec l'accident précité. En tout état, la comparaison des revenus, à laquelle l'assurance-accidents avait procédé, ne montrait pas de perte économique suffisante, celle-ci étant de 2%. Partant, c'était à bon droit que SWICA avait mis fin aux prestations avec effet au 1er avril 2018.

C. a. Par écriture du 11 septembre 2020, MUTUEL (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision sur opposition du 4 août 2020, concluant à son annulation ainsi qu'à celle de la décision du 2 avril 2019 et, cela fait, principalement, à la condamnation de SWICA à prendre en charge les troubles du genou gauche au-delà du 31 mars 2018, subsidiairement au renvoi de la cause à SWICA pour instruction complémentaire. A l'appui de ses conclusions, la recourante a, en substance, contesté la valeur probante de l'expertise rendue par le Dr C_____ pour divers motifs qu'elle a détaillés dans son écriture. Se fondant sur l'avis susmentionné du Dr D_____, elle était en substance d'avis qu'il s'agissait d'une complication inhérente à la chirurgie prothétique et les douleurs actuelles étaient essentiellement dues aux séquelles de la fracture et de l'accident du 4 janvier 1992. Une expertise judiciaire devait à tout le moins être ordonnée. Enfin, la recourante a relevé que la comparaison des revenus avait été effectuée pour la première fois dans la décision sur opposition, laquelle ne semblait pas avoir été notifiée à l'assuré. Or, ce procédé violait le droit d'être entendu.

b. Dans son écriture du 28 septembre 2020, l'assuré a estimé que tous les problèmes de son genou étaient liés à l'accident du 4 janvier 1992.

c. Quant à SWICA, elle a répondu en date du 6 octobre 2020 et a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport du Dr D_____ n'établissait pas au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles encore présentés par le recourant étaient toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident du 4 janvier 1992. Pour le surplus, l'intimée a repris, à titre informatif, la comparaison des revenus qu'elle avait effectuée dans sa décision sur opposition.

d. L'intimé a persisté dans ses conclusions par courrier du 19 octobre 2020.

e. Le 9 décembre 2020, la recourante a produit un complément d'expertise du Dr D_____ daté du 22 septembre 2020, et a persisté à considérer que les conclusions de ce dernier jetaient un doute sérieux sur celles du Dr C_____, de sorte qu'une nouvelle expertise devait être mise sur pied. La recourante s'est également réservée le droit de requérir l'avis du Dr D_____ sur un éventuel complément du Dr C_____ et a, pour le surplus, maintenu ses précédentes conclusions.

f. Dans sa duplique du 19 janvier 2021, l'intimée a expliqué avoir soumis le complément du Dr D_____ du 22 septembre 2020 au Dr C_____, lequel l'a critiqué dans un rapport daté du 5 janvier 2021, produit en annexe. Le médecin mandaté par la recourante n'établissait pas la preuve que les troubles mentionnés au-delà du 31 mars 2018 étaient toujours en relation de causalité naturelle avec l'accident du 4 janvier 1992. Une nouvelle expertise n'était par conséquent pas nécessaire.

g. La Chambre de céans a soumis le rapport du Dr C_____ du 5 janvier 2021 au Dr D_____, lequel s'est prononcé par courrier du 25 juin 2021.

h. La recourante et l'intimée se sont prononcées sur le rapport du Dr D_____ du 25 juin 2021 par écritures des 29 juillet, respectivement 12 juillet, l'intimée produisant en outre un nouveau rapport du Dr C_____, daté du 7 juillet 2021.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. 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. 83 LPGA).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. a. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

   Cette disposition, qui reprend en substance l'ancien art. 129 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), s'inscrit dans le contexte particulier de la coordination des différentes assurances sociales afin d'éviter, notamment, la surindemnisation et faciliter les règlements de comptes

lorsque différentes institutions intéressées ne parviennent pas à se mettre d'accord (ATF 125 V 339 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 2.2). Cette disposition concerne en particulier des assureurs ou des organes qui appliquent et organisent l'assurance sociale (KIESER, ATSG Kommentar, 2020, n° 99 ad art. 49 LPGA). La jurisprudence a ainsi considéré que l'assureur privé n'a pas qualité pour recourir contre la décision d'un assureur-accidents en application de l'art. 129 OLAA (ATF 125 V 341 consid. 2 et 3b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 83/01 du 12 octobre 2001 consid. 2a in fine ; voir également Valérie DEFAGO GAUGUIN, in Commentaire romand de la LPGA, 2018, n° 48 ad Art. 49 LPGA).

Conformément à l'art. 1a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), l'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières. L'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal constitue par conséquent une assurance sociale (cf. David HUSMANN/ Aurelia JENNY, Basler Kommentar Krankenversicherungsgesetz / Krankenversicherungsaufischtsgesetz 2020, n° 1 ad Vorbermerkungen vor Art. 67 ff. KVG).

b. En l'espèce, en sa qualité d'assureur-maladie perte de gain soumis à la LAMal, la recourante doit être considérée comme une assurance sociale. De plus, dans la mesure où elle est susceptible de devoir verser des indemnités journalières, son obligation de prester est touchée par la décision querellée. MUTUEL a donc qualité pour recourir contre la décision de l'intimée du 4 août 2020.

Par ailleurs, en tant que destinataire de la décision initiale, l'assuré aurait également dû être destinataire de la décision sur opposition, quand bien même il n'a pas fait usage de son droit d'opposition. En effet, toute personne disposant de la qualité pour former opposition doit être invitée à participer à la procédure d'opposition (Valérie DEFAGO GAUGUIN, in Commentaire romand de la LPGA, 2018, n° 26 ad Art. 52 LPGA). Le destinataire principal d'une décision sur opposition peut de plus recourir devant la Chambre de céans même s'il n'a pas fait opposition à la décision initiale ou participé à la procédure d'opposition (Jean METRAL, in Commentaire romand de la LPGA, n° 8 ad Art. 59). Il convient donc de considérer que l'assuré est également partie à la procédure de recours.

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

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

7. A titre liminaire, il y a lieu de circonscrire le litige.

   a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie,

sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 1.1). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b).

b. En l'espèce, par décision du 2 avril 2019, l'intimée a mis un terme à ses prestations faute de lien de causalité naturelle entre les troubles encore ressentis par l'assuré et l'accident assuré. Elle a en particulier considéré qu'à compter du 1er avril 2018, l'assuré n'avait plus droit aux traitements médicaux, au remboursement de frais et aux indemnités journalières, à l'exception des rechutes ou des séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA. L'intimée renonçait cependant à demander le remboursement des prestations allouées à tort depuis le 1er avril 2018.

Seule la recourante – à l'exclusion de l'assuré – s'est opposée à la décision précitée, au motif que le lien de causalité naturelle était toujours donné.

Par décision sur opposition du 4 août 2020, uniquement notifiée à la recourante, l'intimée a confirmé sa décision du 2 avril 2019, considérant que le lien de causalité naturelle n'était plus donné conformément aux conclusions du Dr C_____. Cela étant, dans tous les cas, la comparaison des revenus n'avait montré aucune perte économique. Concrètement, sans abattement, le degré d'invalidité était de 2%. Avec un abattement de 5%, il était de 7%.

Compte tenu de ce qui précède, le litige porte uniquement sur le droit de l'intimée à mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 31 mars 2018, étant précisé que dans les faits, l'intimée a versé lesdites indemnités jusqu'au 31 mars 2019.

8. a. 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).

b/aa. 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.

b/bb. 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).

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les

références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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).

   Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

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

    b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

d. 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).

e. Les expertises demandées par l'assureur-maladie perte de gain, qui n'ont pas été récoltées conformément à la procédure prévue par l'art. 44 LPGA, ont a la même valeur probante qu'un rapport médical interne de l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2016 du 1er juillet 2016 consid. 5.3).

11. a. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125

V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En l'espèce, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique le 4 janvier 1992, ayant entraîné une fracture comminutive de la rotule. L'intimée a pris en charge les suites dudit accident. Il en va de même de la rechute annoncée en 1999.

S'agissant de la rechute de 2018, elle a notamment conduit à la mise en place de la prothèse totale du genou gauche le 3 janvier 2018. En effet, c'est en raison d'une arthrose fémoropatellaire, en lien de causalité avec l'accident du 4 janvier 1992, et d'une arthrose fémorotibiale, consécutive à une méniscectomie pratiquée le 3 octobre 2016, sans rapport avec l'accident précité, que l'assuré a bénéficié de la mise en place d'une prothèse totale de genou. Cette intervention étant en lien de causalité partielle avec l'accident, l'intimée en a, dans un premier temps, pris en charge les suites. Cependant, elle a mis un terme à ses prestations avec effet au 1er avril 2018, par décision du 2 avril 2019, confirmée sur opposition le 4 août 2020. Sa décision se fondait notamment sur les conclusions du Dr C_____, pour qui les douleurs persistantes au genou gauche n'étaient plus consécutives à la pose de la prothèse mais désormais dues à une atteinte vertébrale d'origine dégénérative. Pour le médecin précité, il ne s'agissait donc plus d'une suite de l'accident du 4 janvier 1992.

Pour sa part, la recourante, en sa qualité d'assurance perte de gain, a contesté la décision de suppression des prestations, au motif que les douleurs séquellaires au genou gauche étaient toujours en lien avec l'accident assuré et, plus particulièrement, avec la mise en place de la prothèse totale de genou. A l'appui de sa position, la recourante s'est référée aux conclusions du Dr D_____.

La question à laquelle la Chambre de céans doit répondre est par conséquent celle de savoir si les douleurs dont souffre encore le recourant sont toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré par l'intimée ou si, au contraire, lesdites douleurs sont désormais d'origine dégénérative, de sorte que leurs conséquences doivent être prises en charge par l'assurance-maladie et l'assurance-perte de gain, pour autant que les conditions y relatives soient réalisées.

13. a. Pour déterminer l'assurance devant intervenir au-delà du 1er avril 2019, le versement des indemnités journalières ayant, dans les faits, cessé à cette date, la Chambre de céans doit, dans un premier temps, examiner la valeur probante des rapports des Drs C_____ et D_____.

Force est tout d'abord de constater que les deux rapports et leurs compléments remplissent *prima facie*, sur le plan formel, la majorité des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, ils contiennent le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

b/aa. Sur le fond, le Dr C_____ retient, dans son rapport du 22 février 2019 que les douleurs au niveau du genou gauche doivent être attribuées « à une pathologie lombaire de nature médicale [*recte* maladive] dégénérative » (rapport du 22 février p. 17).

Pour arriver à cette conclusion, le Dr C_____ a notamment procédé à un examen orthopédique des hanches et à un examen vasculaire et neurologique des membres inférieurs. Le médecin précité ne prend pas de conclusion particulière s'agissant de l'examen orthopédique des hanches et de l'examen vasculaire des membres inférieurs, de sorte qu'il peut être conclu que ces examens étaient dans les limites de la norme. S'agissant de l'examen neurologique des membres inférieurs, le Dr C_____ a considéré, lors de la recherche de signes d'irritation de racines nerveuses, que le Lasègue et le Lasègue sensibilisé Braggard étaient douteux à droite. En revanche, le médecin précité n'a retrouvé aucun signe d'irritation à gauche (la réponse est « NON » à toutes les manœuvres »). Il en a conclu à un syndrome radiculaire irritatif bilatéral à prédominance droite avec un possible signe de Lasègue, en particulier sensibilisé Braggard.

Dans son rapport du 25 juin 2021, le Dr D_____ a constaté que les conclusions du Dr C_____ étaient contradictoires. En effet, il évoquait un syndrome radiculaire bilatéral alors qu'il n'avait pas constaté de signe d'irritation à gauche et que les signes d'irritation à droite étaient uniquement douteux. Le médecin mandaté par la recourante s'est également étonné que le Dr C_____ n'ait pas fait des investigations neuroradiologiques plus poussées.

Le Dr C_____ a réagi à ces critiques dans un rapport du 7 juillet 2021, dans lequel il a expliqué que l'absence d'un seul signe d'examen ne permettait pas de rejeter l'existence du syndrome en question, relevant en outre que le recourant était, au jour de l'examen, sous triple médication contre la douleur, laquelle était adaptée à une compression d'un nerf par une hernie discale. En tout état, des investigations plus poussées sortaient de son mandat.

Malgré les explications données par le Dr C_____, la Cour de céans peine à comprendre comment ce dernier peut conclure à l'existence d'un syndrome radiculaire irritatif *bilatéral* à prédominance droite avec un possible signe de Lasègue, en particulier sensibilisé Braggard, alors que toutes les manœuvres étaient

négatives du côté gauche et que le Lasègue et le Lasègue sensibilité Braggard, seules manœuvres à avoir entraîné une réaction du côté droit, étaient uniquement douteux. S'y ajoute le fait que le Dr C_____ semble justifier ses conclusions suite aux critiques du Dr D_____ en relevant que l'assuré était sous triple médication au jour de l'examen. Cette affirmation est toutefois en contradiction avec le rapport d'expertise du 22 février 2019, dans lequel le Dr C_____ a écrit « Traitement actuel Aucun. *En réserve : diclofénac et paractamol codéïné. De posologie et dosage inconnus* ». Compte tenu des termes « aucun », « en réserve » et « de posologie et dosage inconnus » utilisés par le Dr C_____, on ne peut considérer, comme l'a fait le médecin précité, que le recourant prenait un traitement antalgique important au jour de l'expertise. Le rapport du médecin consulté par l'assureur-accidents n'est par conséquent pas convaincant sur ce point.

Force est également de constater que le Dr C_____ n'a pas examiné toutes les pièces figurant au dossier. En effet, en raison de douleurs postéro-externes du genou, une échographie a été effectuée le 28 janvier 2019. Or, cette imagerie a montré un épanchement intra-articulaire et un aspect de synovite a été visualisé sur les récessus articulaires latéraux du genou. De plus, le tendon quadricipital était épaissi. Compte tenu de cet épanchement intra-articulaire, une ponction a été réalisée le même jour et 5 ou 10 cm3 (les deux volumes ayant été mentionnés dans le rapport) de liquide articulaire ont été retirés. Le Dr C_____ n'a toutefois pas examiné ces points dans son rapport. Même si le compte-rendu de ponction est cité dans le récapitulatif intégral de la documentation mise à disposition (cf. p. 28 à 33 du rapport du 22 février 2019), il n'a pas été résumé dans l'anamnèse (voir p. 3 du rapport précité) et n'a pas non plus été examiné dans le chapitre « évolution du genou gauche depuis le 03.10.16 » p. 16 du rapport du 22 février 2019). Les investigations médicales effectués par le Dr C_____, en lien avec le genou, sont par conséquent lacunaires.

Compte tenu de éléments qui précèdent, la Chambre de céans n'est pas convaincue par les conclusions du Dr C_____, auxquelles on ne saurait reconnaître une pleine valeur probante. On ne saurait en effet attribuer les douleurs du genou à une pathologie lombaire de nature dégénérative moyennant des explications contradictoires et un examen du dossier lacunaire.

b/bb. Pour sa part, le Dr D_____ a retenu, dans son rapport du 23 décembre 2019, le diagnostic de syndrome douloureux résiduel modéré après prothèse totale du genou gauche pour arthrose fémoro-patellaire massive après cal vicieux et rotule basse sur ancienne fracture comminutive de rotule. Dans son complément, le Dr D_____ a évoqué une gêne fonctionnelle résiduelle après mise en place d'une prothèse totale du genou gauche. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, assise ou semi-assise, avec déplacements occasionnels, avec port de charge de 5kg, occasionnel de 10 kg et exceptionnel de 15 kg. La position bipodale continue ainsi que le piétinement étaient contre-indiqués. Pour arriver à cette conclusion, le Dr D_____ a examiné

l'assuré et a notamment constaté une amyotrophie globale de la cuisse gauche et plus modérément du mollet, ainsi qu'une tuméfaction du genou gauche un peu diffuse, mais surtout sus-quadricipitale. Le genou était froid, sans épanchement. La mobilité de la rotule était légèrement diminuée par rapport à droite, avec une importante synovite susrotulienne légèrement sensible. Le Dr D_____ a également mesuré un indice de Caton Descamps de 1,56 (39/25) à droite et de 1 à gauche (30/30) à gauche sur la radiographie du genou gauche du 5 décembre 2017 et de 1,5 (30/20) à droite sur la radiographie du 21 octobre 2019.

Dans ses compléments des 5 janvier et 7 juillet 2021, le Dr C_____ a formulé diverses critiques s'agissant des conclusions du Dr D_____. Il a tout d'abord reproché au Dr D_____ d'avoir modifié son diagnostic entre le premier et le second rapport, sans explications et d'avoir omis de citer certains diagnostics. Il a également considéré que le critère (index de Caton-Deschamps) utilisé pour relier les douleurs à l'appareil extenseur n'était pas applicable en cas de prothèse et qu'il avait été appliqué au mauvais genou. Pour le Dr C_____, la localisation des douleurs retenues par le Dr D_____ fluctuait et ne permettait pas d'arriver aux conclusions que ce dernier avait prises.

Force est effectivement de constater, avec le Dr C_____, que le diagnostic retenu par le Dr D_____ est vague et qu'il s'est modifié entre le premier et le second rapport, passant d'un syndrome douloureux à une gêne fonctionnelle, sans la moindre explication. Les valeurs de l'index de Caton Deschamps ne ressortent en outre pas clairement des rapports du Dr D_____. Dans son rapport du 23 décembre 2019, le médecin précité évoque un indice de 1,56 (39/25) à droite et de 1 à gauche (30/30) à gauche sur la radiographie du genou gauche du 5 décembre 2017 et de 1,5 (30/20) à droite sur la radiographie du 21 octobre 2019. Dans son rapport du 25 juin 2021, le Dr D_____ mentionne un indice de 0,45 le 23 janvier 2018 et de 0,4 le 23 février 2019. Ces valeurs ne ressortent toutefois pas de la description des examens pratiqués. Au demeurant, la date du 23 février 2019 ne correspond à un aucun examen mentionné par les experts dans la liste des documents consultés. S'y ajoute le fait que le Dr D_____ emploie le terme « possiblement » à plusieurs reprises, ce qui laisse penser que le lien de causalité n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Compte tenu de ce qui précède, on ne peut pas non plus reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr D_____.

c. En présence de deux rapports dont la valeur probante est contestable, une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire devrait, en principe, être menée. Cela étant, la Chambre de céans renoncera à cette mesure pour des questions d'économie de procédure, dès lors que le recours de Mutuel doit quoi qu'il en soit être rejeté. En effet, dans tous les cas, l'intimée aurait été autorisée à mettre un terme au versement des indemnités journalières pour les motifs suivants.

14. a. En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA).

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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 (al. 2).

A teneur de l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

En résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, 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, la rente d'invalidité prend le cas échéant le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA).

b. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective (arrêts du Tribunal fédéral 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4 et 8C_210/2018 du 17 juillet 2018 consid. 3.2.3.1, in SVR 2019 UV n° 4 p. 15 et les références). De même, une éventuelle simple amélioration de l'affection elle-même, un simple soulagement de courte durée, une simple amélioration de l'état de santé ou le fait que l'assuré puisse bénéficier d'une physiothérapie, par exemple, ne sont pas suffisants (arrêts du Tribunal fédéral 8C_970/2012 du 31 juillet 2013 consid. 3.4 ; 8C_855/2009 du 21 avril 2010 consid. 7 ; 8C_338/2009 du 14 janvier 2010 E. 5.1 ; 8C_28/2008 du 28 juillet 2008 E. 3.3). Les contrôles de l'évolution médicale, la prise de médicaments et les traitements de thérapie manuelle ne sont pas considérés comme un traitement médical continu visant à une amélioration sensible de l'état de santé au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 395/06 du 5 octobre 2007 consid. 5.3).

15. A titre liminaire, la Chambre de céans relève que l'assureur-accidents peut clore un cas quand bien même l'assuré ressent encore une gêne ou des douleurs. La seule question qui se pose en effet est celle de savoir si le traitement médical peut encore entraîner une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, ce par quoi il faut entendre une amélioration de la capacité de travail.

    Dans le cas d'espèce, l'assuré a bénéficié de la pose d'une prothèse totale de genou en date du 3 janvier 2018. Suite à cette intervention, les médecins lui ont prescrit des antalgiques et de la physiothérapie intensive (cf. notamment rapport du Dr D_____ du 23 décembre 2019). L'assuré ne ressentait toutefois plus aucune amélioration depuis fin 2018 (*ibidem*). Par ailleurs, il a repris son activité professionnelle à 50% à compter du 30 juillet 2018. En raison de la persistance des douleurs et d'une gêne fonctionnelle, l'assuré a consulté à plusieurs reprises son chirurgien mais aucun traitement particulier ne semble avoir été suivi.

    Partant, l'état de santé de l'assuré est stabilisé à tout le moins depuis fin 2018 et l'intimée était ainsi en droit de clore le cas au printemps 2019 et de mettre un terme au versement des indemnités journalières que le lien de causalité soit encore donné ou non.

    A toutes fins utiles, la Chambre de céans rappelle que seule la fin du versement des indemnités journalières faisait l'objet de la décision sur opposition querellée, la question de la rente d'invalidité n'ayant pas fait l'objet de la décision initiale comme cela a été soulevé par la recourante. Par le présent arrêt, la Chambre de céans confirme donc uniquement la fin du versement des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2018 ou 2019 au plus tard et ce en raison de la clôture du cas. Dans la mesure où tant le rapport du Dr C_____ que celui du Dr D_____ ont été considérés comme dénués de valeur probante, rien ne préjuge de l'existence ou l'inexistence du lien de causalité.

16. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières, que la date retenue soit le 31 mars 2018 ou le 31 mars 2019, cette question pouvant en l'état rester ouverte, dès lors que l'assuré a bénéficié, dans les faits, du versement d'indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2019.

    Partant, le recours de Mutuel sera rejeté au sens des considérants qui précèdent.

    L'intimée sera par ailleurs invitée à rendre une décision sur la question du droit à la rente de l'assuré, voire d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

    Pour le surplus, la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours de Mutuel Assurances SA recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Invite l'intimée à rendre une décision sur la question du droit à la rente de l'assuré, voire d'une IPAI.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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