

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3148/2015

ATAS/501/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 28 juin 2016**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Arnaud MOUTINOT

recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sis Droit & Compliance,  
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1942, exerce en qualité d'avocat indépendant au barreau de Genève. A ce titre, il a conclu une assurance-accidents facultative auprès de HELSANA Accidents SA (ci-après : l'assureur) pour les accidents professionnels et non-professionnels.
2. Le 28 février 2014, l'assuré a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assuré, à la clinique La Colline, sous la forme d'une arthroplastie prothétique totale (prothèse Medacta MyKnee, GMK Sphere, bouclier fémoral de taille 4, plateau tibia de taille 4 et plateforme fixe de taille 12), en raison d'une gonarthrose droite.
3. Le même jour, postérieurement à l'opération, l'assuré a chuté de son lit et s'est fracturé l'écaille corticale du genou droit.
4. Le 1<sup>er</sup> mars 2014, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une radiographie du genou droit de l'assuré, dans le cadre d'un contrôle post-opératoire. Elle a conclu à une prothèse totale du genou droit d'aspect satisfaisant. Elle a relevé le bon aspect des différents composants de la prothèse, trois vis au niveau du condyle médial du fémur et une irrégularité de la corticale osseuse à ce niveau.
5. Du 10 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, l'assuré a été hospitalisé à la clinique Valmont afin de suivre une rééducation. Initialement de douze jours, son séjour a dû être prolongé à plusieurs reprises, à la demande de la clinique, en raison de l'accident du 28 février 2014 et de la fracture occasionnée par celui-ci. Afin d'éviter les complications, les déplacements se faisaient sous la protection d'une attelle articulaire. La fatigue de l'assuré, de même que la fatigabilité et les douleurs au genou, et les difficultés à se déplacer avec l'attelle, provoquaient un discret ralentissement des fréquences des thérapies. L'assuré présentait des difficultés importantes à marcher. La prolongation du séjour avait pour but de lui permettre de travailler la marche, avec et sans moyen auxiliaire, en particulier dans les escaliers, qui n'avait initialement pas pu être entraînée, en raison de l'attelle associée à sa fracture. Le 11 avril 2014, la fracture avait été stabilisée et l'attelle retirée.
6. Le 9 mai 2014, l'assuré a subi une seconde intervention, soit une mobilisation sous anesthésie rachidienne, dans le but d'améliorer la mobilité de son genou droit, en flexion et en extension.
7. Par déclarations de sinistre du 20 mai 2014 adressées à l'assureur, l'assuré a annoncé être tombé de son lit le 28 février 2014 et s'être fissuré à quatre endroits le plateau tibial du genou droit. Cela avait nécessité le port d'une attelle pendant plus de six semaines et occasionné des retards dans sa rééducation, toujours en cours, pour sa prothèse.

8. Par courrier du 21 mai 2014 adressé à l'assurance-maladie LCA, l'assuré a précisé que le fait de porter l'attelle pendant plus de six semaines suite à sa chute avait considérablement prolongé et compliqué la rééducation de son genou droit. Il avait été transféré à la clinique Valmont le 10 mars 2014, et y avait séjourné jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2014, au lieu des deux semaines prévues initialement. Il avait ensuite partiellement repris son activité d'avocat indépendant et avait continué des séances de physiothérapie à la clinique La Colline. Il avait ensuite subi une nouvelle intervention chirurgicale le 9 mai 2014, suivi d'une hospitalisation de trois jours. Il avait repris son activité, à temps partiel, qu'il estimait à un « petit 50% ».
9. Le 1<sup>er</sup> juin 2014, l'assuré a repris son activité à plein temps.
10. Le 5 juin 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a certifié que l'assuré avait été opéré d'une prothèse totale du genou droit par ses soins le 28 février 2014. Durant cette intervention, une esquille osseuse du condyle latéral interne s'était produite, en raison de la qualité osseuse, ce qui avait nécessité sa stabilisation par trois vis. Le soir même de l'intervention, alors que l'assuré était en unité d'observation, il avait glissé de son lit, ce qui avait provoqué un mouvement de flexion forcée de son genou. Le bilan radiologique avait mis en évidence une petite fracture, étant précisé que l'intégrité du ligament n'était pas compromise. Afin d'éviter tout problème, le Dr B\_\_\_\_\_ avait opté pour la mise en place d'une attelle articulée pendant six semaines, ce qui avait prolongé l'hospitalisation en soins aigus et la convalescence de l'assuré. Dans le cadre de la mise en place d'une prothèse totale du genou, les hospitalisations classiques duraient dix jours, et la rééducation deux semaines. Ainsi, la prolongation de séjour en soins aigus et en rééducation pouvait être imputée à son assurance-accidents.
11. Dans un rapport du 30 juillet 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status post prothèse totale du genou avec fracture de l'écaille osseuse condyle interne le 28 février 2014. L'assuré allait mieux et sa mobilité avec ou sans cannes s'était améliorée. Il ressentait peu de douleurs. Des séances de physiothérapie étaient en cours, pour une durée d'environ trois mois. La capacité de travail était de 100%.
12. Lors d'un entretien du 20 août 2014 avec un inspecteur des sinistres de l'assureur, l'assuré a notamment indiqué qu'il considérait que les éléments survenus postérieurement au 25 mars 2014 étaient imputables à son accident, soit sa rééducation du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, les coûts de l'hospitalisation de trois jours dès le 9 mai 2014 et l'incapacité de travail à 100% du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, à 50% du 2 au 8 mai 2014, à 100% du 9 au 11 mai 2014 et à 50% du 12 au 31 mai 2014. Il avait repris son activité habituelle à plein temps dès le 1<sup>er</sup> juin 2014, étant précisé qu'il manquait encore de musculature à la jambe droite et continuait par conséquent la physiothérapie.
13. Le 21 août 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a certifié, à la demande de l'assuré, d'une incapacité de travail de 100% du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, de 50% du 2 au 8 mai 2014, de 100% du 9 au 11 mai 2014 et de 50% du 12 au 31 mai 2014. L'assuré a

adressé ce certificat à l'assureur le 1<sup>er</sup> septembre 2014 et demandé le versement des indemnités contractuelles.

14. Le 27 octobre 2014, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assureur, a considéré que la durée de l'incapacité de travail sans l'accident du 28 février 2014 aurait été de trois mois après l'opération. L'hospitalisation aurait été de dix à quinze jours, la rééducation de deux à trois semaines et la durée de traitement pour la gonarthrose de trois à quatre mois de physiothérapie minimum, avec un contrôle après un, trois, six et douze mois.
15. Le 8 décembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé qu'une prothèse totale du genou entraînait la plupart du temps une incapacité complète de travail de deux à trois mois. Abandonner les cannes après trois à quatre semaines était rare. En outre, dans le cas de l'assuré, un vissage du condyle interne avait eu lieu pour fracture en peropératoire. Cela aurait de toute façon justifié la pose d'une attelle de protection du ligament latéral interne pour six semaines. Dans ces conditions, une reprise totale du travail le 25 mars 2014 pour les suites de la maladie paraissait très optimiste. Par conséquent, l'incapacité de travail totale et partielle jusqu'au 8 mai 2014 n'était pas du ressort de l'assurance-accident. S'agissant de la reprise sous narcose, cela pouvait aussi se discuter, vu la lésion du ligament latéral interne. Cependant, par gain de paix, on pouvait accepter cette mobilisation sous narcose et l'incapacité totale de travailler qui en découlait, comme plus ou moins secondaire à la lésion accidentelle.
16. Dans une appréciation du 5 janvier 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que la durée de l'incapacité de travail pour les troubles maladiques, sans l'accident, aurait été de trois mois, étant précisé que ladite incapacité aurait été totale les deux premiers mois et de 50% le troisième mois, selon son expérience.
17. Par décision du 6 janvier 2015, l'assureur a octroyé à l'assuré des indemnités journalières en rapport avec son incapacité partielle de travail à 50%, du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2014. Lesdites indemnités se montaient à un total de CHF 6'964.10, soit CHF 4'280.30 pour 31 jours à CHF 138.07 (« assurance-accidents LAA obligatoire ») et CHF 1'070.25 et CHF 1'613.55 pour 31 jours à respectivement CHF 34.52 et CHF 52.05 (« assurance-accidents LAA complémentaire [complément de 20% et dépassement] »). Conformément aux conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, une arthroplastie prothétique totale du genou chez un patient né en 1942 engendrait une incapacité de travail de deux mois à 100%, soit en l'occurrence du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2014, puis d'un mois supplémentaire à 50%, soit en l'espèce du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2014. S'agissant des frais de traitement, ils devaient être pris en charge dans leur intégralité par l'assurance-maladie de l'assuré, tant que durait le traitement hospitalier pour la maladie, soit jusqu'au 30 avril 2014.

18. Par courrier du 16 janvier 2015, l'assuré a constaté que l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ était en réalité des courriers probablement rédigés par l'assureur.
19. Par courrier du 21 janvier 2015, l'assureur a répondu à l'assuré que les courriers auxquels il faisait référence étaient des soumissions en interne au Dr D\_\_\_\_\_, lequel était présent dans ses locaux un jour par semaine pour examiner les dossiers médicaux et répondre aux questions de l'administration. L'assureur reconnaissait le manque de clarté des appréciations du Dr D\_\_\_\_\_ et regrettait que ce dernier ait répondu directement sous les questions de l'administration, sans mise en évidence.
20. Le 5 février 2015, l'assuré a formé opposition contre la décision du 6 janvier 2015, concluant à son annulation et à ce que des indemnités journalières d'un montant total de CHF 24'486.60 lui soient allouées, sous imputations d'éventuels montants déjà versés. Il était acquis que sans l'accident du 28 février 2014 l'hospitalisation aurait duré dix jours à la clinique La Colline et deux semaines à la clinique Valmont. L'incapacité de travail aurait pris fin le 25 mars 2014, puisqu'il aurait repris son activité à la fin de sa rééducation. L'allégation théorique du Dr D\_\_\_\_\_ selon laquelle une arthroplastie prothétique totale du genou chez un patient né en 1942 engendrait une incapacité de travail de deux mois à 100% et d'un mois à 50% ne pouvait remplacer l'examen concret et circonstancié auquel s'était livré le Dr B\_\_\_\_\_. Ainsi, des indemnités journalières étaient dues en raison de l'accident du 28 février 2014 et pour les périodes d'incapacité de travail suivantes : 100% du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, 50% du 2 au 8 mai 2014, 100% du 9 au 11 mai 2014 et 50% du 12 au 31 mai 2014.
21. Par courrier du 17 février 2015, l'assureur a transmis à l'assuré l'appréciation du 16 février 2015 du Dr D\_\_\_\_\_ et précisé que la prise en charge des frais de traitement dès le 25 mars 2014 ne devait pas être confondue avec la prise en charge de l'incapacité de travail, qui, elle, n'était admise qu'à 50% du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2014. Le Dr D\_\_\_\_\_ considérait qu'une prothèse totale du genou était une grosse opération qui entraînait une perte de sang assez importante et une rééducation en physiothérapie longue et parfois difficile. Selon lui, même dans un travail adapté, la reprise d'une activité professionnelle à 100% ne semblait pas possible à la sortie du centre de réadaptation. Les douleurs cicatricielles nécessitaient une physiothérapie importante et empêchaient une concentration optimale, laquelle était également affectée par l'anesthésie. Ainsi, même dans une activité de bureau, une incapacité de travail totale durait de deux à trois mois. C'est pour cette raison qu'il avait retenu une incapacité totale de travail de deux mois, ce qui était un minimum, et une capacité de travail de 50% le troisième mois, au vu de la physiothérapie et des plaintes résiduelles. Il était clair que sa prise de position était statistique.
22. Par courrier du 20 février 2015, l'assuré a précisé que la date de l'opération du 28 février 2014 avait été choisie avec le Dr B\_\_\_\_\_ pour tenir compte de son agenda professionnel. Lors des séances préparatoires à l'opération, le Dr B\_\_\_\_\_ lui avait clairement expliqué, après l'avoir examiné, qu'il pourrait reprendre sans autre son activité après les dix jours d'hospitalisation et les deux semaines de

rééducation. Dans ces circonstances, il maintenait son opposition et persistait dans ses conclusions. L'appréciation du médecin-conseil était tirée de statistiques et résultait d'un constat purement théorique, sans considération du cas concret, que le Dr B\_\_\_\_\_ connaissait bien. A l'appui de son courrier, l'assuré a produit un certificat du 17 février 2015, établi à sa demande, par son médecin. Ce dernier a relevé que, dans le cadre d'un travail administratif, l'intéressé aurait tout à fait pu reprendre son activité d'avocat indépendant, un mois après l'intervention du 28 février 2014. Il fallait donc convenir que ce premier mois était à la charge de l'assurance-maladie et que les suites étaient dues à une prolongation de la convalescence, due à l'accident.

23. Le 26 février 2015, réagissant à la critique de l'assuré vis-à-vis des conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, ce dernier a répondu : « Et le patient sur quoi se base-t-il pour affirmer qu'il aurait pu reprendre son travail à 1 mois ? Sur une promesse de son chirurgien ! Encore moins scientifique que mon avis. »
24. Par décision sur opposition du 13 juillet 2015, l'assureur a partiellement admis l'opposition et modifié la décision du 6 janvier 2015 dans le sens où les indemnités journalières étaient accordées à 100% pour la période du 9 au 11 mai 2014. La décision était confirmée pour le surplus.

Seule était litigieuse la question du droit aux indemnités journalières pour la période du 25 mars au 31 mai 2014, la prise en charge des frais de traitement n'ayant fait l'objet d'aucune contestation dans le cadre de l'opposition. L'assuré réclamait des indemnités journalières pour les périodes d'incapacité suivantes : 100% du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, 50% du 2 au 8 mai 2014, 100% du 9 au 11 mai 2014 et 50% du 12 au 31 mai 2014. Pour sa part, l'assureur lui avait octroyé des indemnités journalières pour une incapacité de travail à 50% du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2014, de sorte que les prétentions de l'assuré pour les périodes du 2 au 8 mai 2014 et du 12 au 31 mai 2014 n'étaient plus litigieuses.

L'assuré soutenait que son incapacité de travail à 100% du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014 résultait de son accident et non de la maladie. Selon lui, la mise en place de la prothèse de genou droit le 28 février 2014 était d'origine malade et aurait nécessité une incapacité de travail jusqu'au 25 mars 2014. Après deux semaines de rééducation, il aurait pu sortir de la clinique Valmont sans canne et avec une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Dans son certificat du 5 juin 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ affirmait que dans le cadre de la mise en place de la prothèse, les hospitalisations classiques étaient de dix jours en soins aigus et de deux semaines en rééducation. Cependant, cela ne signifiait pas pour autant qu'à son retour à domicile, le patient était apte à travailler à 100%. Avant le certificat du 21 août 2014, établi postérieurement à l'incapacité de travail et à la demande de l'assuré, le dossier ne contenait aucune pièce médicale qui aurait fait état d'une potentielle capacité de travail de 100%, si l'accident n'avait pas eu lieu. Dans son certificat du 17 février 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ ne faisait qu'affirmer, de manière hypothétique, que l'assuré aurait pu reprendre son activité un mois après l'intervention. Or, la

mise en place d'une prothèse du genou était une opération relativement lourde, de sorte qu'il était difficilement concevable que l'on puisse reprendre une activité professionnelle à 100%, alors même que la rééducation physiothérapeutique devait se poursuivre plusieurs fois par semaine. En général, les cannes ne pouvaient être abandonnées qu'après environ huit semaines. La durée de l'incapacité de travail après une telle intervention pouvait varier en fonction du cas et de la profession, raison pour laquelle on admettait généralement et théoriquement une incapacité totale de deux à trois mois. Dès lors, une période d'incapacité de travail inférieure à deux mois semblait illusoire. Sur ce point, dans son appréciation du 16 février 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ exposait clairement que les douleurs cicatricielles nécessitaient une physiothérapie importante et empêchaient une concentration optimale, de sorte que même dans une activité de bureau, l'incapacité de travail totale durait en moyenne de deux à trois mois.

De plus, l'attelle n'avait pas été mise en place uniquement en raison de l'accident, le Dr D\_\_\_\_\_ ayant relevé, dans son appréciation du 8 décembre 2014 que le vissage du condyle interne ayant eu lieu pour fracture en peropératoire aurait de toute façon justifié une attelle de protection du ligament latéral interne pour six semaines. Cela impliquait que l'incapacité de travail due à la maladie était bien supérieure à un mois.

L'assuré reprochait au Dr D\_\_\_\_\_ des conclusions tirées de statistiques, sans prendre en considération le cas concret. Quant au médecin-conseil, il rétorquait que l'assuré ne se fondait que sur une promesse de son chirurgien, pour affirmer qu'il aurait pu reprendre son travail après un mois. Dès lors, l'assuré n'apportait pas suffisamment la preuve de ce qu'il prétendait, étant précisé que le fardeau de la preuve lui incombait.

S'agissant du certificat du 17 février 2015 établi par le Dr B\_\_\_\_\_, il ne disposait pas d'une valeur probante suffisante, ce d'autant plus qu'il fallait tenir compte de sa qualité de médecin traitant de l'assuré. La motivation du Dr B\_\_\_\_\_ était insuffisante et ne suffisait pas à remettre en question les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_. A l'inverse, les appréciations de ce dernier échappaient à toute critique et emportaient la conviction dans la mesure où il évaluait correctement la situation, analysait la causalité naturelle et motivait valablement ses conclusions.

Compte tenu de ces éléments et de l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ la décision était modifiée dans le sens où les indemnités journalières étaient accordées à 100% pour la période du 9 au 11 mai 2014.

25. Par acte du 14 septembre 2015, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, recouru à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision sur opposition, concluant préalablement à l'audition du Dr B\_\_\_\_\_ et principalement à l'annulation de la décision querellée et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser la somme de CHF 24'486.60 avec intérêts à 5% l'an dès le

24 mars 2014, sous imputation des montants de CHF 4'280.80 et CHF 2'683.80 reçus le 12 janvier 2015 au titre d'indemnités journalières.

En l'occurrence, l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ ne pouvait pas prévaloir sur celui du Dr B\_\_\_\_\_. Le Dr D\_\_\_\_\_ admettait lui-même s'être fondé sur une base purement statistique. Or, une prise de position abstraite n'était pas opposable aux conclusions du Dr B\_\_\_\_\_, lequel l'avait examiné à de nombreuses reprises, conduit l'opération et supervisé ses suites. Dès lors, son médecin traitant disposait d'une connaissance, non pas statistique et abstraite de la durée moyenne d'une incapacité de travail, mais avait pu se forger une opinion circonstanciée et concrète sur le cas d'espèce. D'ailleurs le Dr D\_\_\_\_\_ demeurait prudent et peu affirmatif dans ses conclusions, employant un vocabulaire hypothétique. Compte tenu de ces éléments, l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ devait être considérée comme probante et la décision sur opposition annulée dans le sens de ses conclusions.

En outre, de nombreux éléments permettaient de douter du bien-fondé des appréciations du Dr D\_\_\_\_\_, ainsi que de son indépendance. En effet, ce dernier travaillait un jour par semaine dans les locaux de l'intimée. C'est à l'occasion de l'un de ces passages qu'il contresignait les documents produits au titre d'appréciation médicale et qui étaient en réalité des courriers rédigés de toutes pièces par l'intimée à son attention, et qui mentionnaient tant les questions que les réponses, le tout sur le papier-entête de l'intimée. Ces courriers présentaient le cas de manière tendancieuse, comme le 21 janvier 2015, lorsque l'intimée rappelait à son médecin-conseil que la loi mettait à la charge de l'assurance-accidents obligatoire le « surplus » de l'incapacité et des traitements en rapport avec l'accident survenu lors de l'hospitalisation pour des troubles maladifs. Autrement dit, l'intimée expliquait à son médecin-conseil les conséquences financières pour elle d'une appréciation qui ne correspondrait pas à ses intérêts. A cela s'ajoutait que le Dr D\_\_\_\_\_ prenait position sur des aspects juridiques du dossier n'ayant rien à voir avec une appréciation médicale, lorsqu'il se prononçait sur le fait que l'incapacité totale ou partielle de travail jusqu'au 8 mai 2014 n'était pas à la charge de l'assurance-accidents. Cela démontrait une implication qui n'était pas compatible avec l'indépendance attendue d'une appréciation strictement médicale. De même, en proposant d'accepter à l'amiable l'incapacité de travail ayant découlé de la reprise sous narcose, il s'écartait de son rôle de médecin-conseil. Par conséquent, les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ devaient être écartées au profit de celles du Dr B\_\_\_\_\_ et le recours admis.

Dans la décision du 6 janvier 2015, l'intimée indiquait qu'après examen du dossier médical et plus particulièrement du rapport du 5 juin 2014 du Dr B\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_ avait confirmé que, sans l'accident du 28 février 2014, il aurait dû subir une hospitalisation de 10 jours en soins aigus et de deux semaines en rééducation pour les seuls troubles maladifs. Or, c'était précisément la thèse qu'il soutenait. Incohérente, la décision querellée devait être annulée pour ce motif.

Enfin, l'intimée invoquait que ce n'était en général qu'après environ huit semaines que les cannes pouvaient être abandonnées. Cette information était tirée d'un site internet d'un cabinet privé français. Il était curieux que l'intimée, qui disposait d'un service médical dédié, doive se fonder sur de telles sources totalement invérifiables, ce d'autant plus que la générosité du code du travail français à l'égard des travailleurs et par rapport aux dispositions analogues suisses n'étaient plus à démontrer. Si tant est que la chambre de céans devait considérer que les sites des cabinets médicaux privés français étaient de quelque relevance à la résolution du litige, le recourant produisait le guide pratique à l'usage du patient de la clinique privée française du docteur E\_\_\_\_\_, lequel mentionnait, en cas de pose d'une prothèse du genou, un arrêt de travail d'un mois.

26. Le 29 septembre 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que le cours normal de l'hospitalisation ayant été interrompu par un accident, aucun médecin ne pouvait se prononcer de façon concrète sur le cas du recourant. C'est pourquoi, affirmer qu'une reprise du travail aurait été certaine après un mois n'était pas démontrable. La détermination du taux de capacité de travail dépendait principalement de l'évolution post-opératoire. Même si l'état de santé de certaines personnes évoluait plus rapidement que celui d'autres personnes, on ne pouvait pas le définir en pré-opératoire. Ainsi, l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ ne pouvait pas être considéré comme « certainement crédible », étant précisé que l'écart-type par rapport à la moyenne était rarement important à la baisse. Le Dr D\_\_\_\_\_ contestait formellement que le Dr B\_\_\_\_\_ ait pu se forger une opinion concrète et circonstanciée en post-opératoire, compte tenu de l'accident. En l'espèce, il n'était pas possible de faire autrement que de se baser sur des constatations abstraites. Si le bilan radiographique du 1<sup>er</sup> mars 2014 concluait à une prothèse totale du genou d'aspect satisfaisant, un tel bilan n'était que l'un des nombreux éléments servant à l'évaluation de la capacité de travail. Une prothèse bien posée ne voulait pas dire que l'évolution post-opératoire serait forcément simple. L'abandon des cannes n'était de loin pas le seul critère pour justifier une capacité de travail, une opération de prothèse modifiant de manière importante le comportement général de l'organisme. Elle entraînait une fatigabilité accrue et une diminution du pouvoir de concentration pendant plusieurs semaines, ce qui était d'autant plus pénalisant quand on exerçait un métier demandant de grandes facultés intellectuelles. La fatigabilité était également augmentée par la physiothérapie, d'une durée d'au moins deux mois pour une prothèse du genou. En conséquence, il n'était pas surprenant que les informations disponibles sur internet restent vagues. Le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait jamais contresigné un document produit par un gestionnaire et qu'il avait tapé lui-même les réponses. En dernier lieu, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que s'il donnait l'impression de formuler des affirmations imprécises, c'est que le contexte particulier l'y obligeait. En raison de l'accident, on ne pouvait faire que des supputations sur l'évolution du cas de l'assuré.

27. Le 1<sup>er</sup> octobre 2015, l'intimée a versé au recourant le solde des indemnités journalières pour la période du 9 au 11 mai 2015, soit CHF 673.90.
28. Dans sa réponse du 8 octobre 2015, l'intimée a conclu préalablement à ce que le Dr D\_\_\_\_\_ soit entendu, dans l'hypothèse où l'audition du Dr B\_\_\_\_\_ était ordonnée, et principalement au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

L'intimée a repris en grande partie les développements de sa décision, précisant plusieurs points pour le surplus. Les affirmations du Dr B\_\_\_\_\_ relatives à la possibilité pour le recourant de reprendre le travail à plein temps un mois après l'intervention étaient hypothétiques. Son intervention était postérieure au litige et ses attestations établies à la demande du recourant, donc forcément favorables à ce dernier. Le Dr B\_\_\_\_\_ ne précisait pas si le recourant aurait de toute façon dû porter une attelle. De même, il ne faisait pas état de la nécessité d'un traitement de physiothérapie, de la fatigabilité accrue et de la diminution du pouvoir de concentration pendant plusieurs semaines, suite à une telle opération. Ainsi, quand bien même le Dr B\_\_\_\_\_ connaissait effectivement bien le recourant, rien ne permettait de reconnaître à ses rapports une valeur probante.

A l'inverse, les appréciations médicales du Dr D\_\_\_\_\_ devaient se voir reconnaître une telle valeur. En effet, la mise en place d'une prothèse du genou était une intervention relativement lourde, de sorte que la reprise du travail à 100% 24 jours plus tard était illusoire. L'activité d'avocat nécessitait la faculté de se concentrer. Or, selon le Dr D\_\_\_\_\_, ladite faculté était affectée par la fatigabilité engendrée par l'opération de prothèse. La radiographie du 1<sup>er</sup> mars 2014 ne confortait nullement la thèse d'une reprise rapide du travail. Certes, le Dr D\_\_\_\_\_ se fondaient sur des données statistiques et générales, mais, comme pour tout avis qu'il fournissait, il se basait également sur sa longue expérience personnelle de chirurgien orthopédiste, qui n'était « pas des moindres ». De plus, dans son avis du 29 septembre 2015, il confirmait que ce dossier ne pouvait être évalué que de manière abstraite, le cours normal de l'hospitalisation ayant été interrompu par l'accident.

S'agissant de l'impartialité du Dr D\_\_\_\_\_, il était faux d'insinuer que le gestionnaire rédigeait l'entier du document et que le médecin ne faisait que le contresigner. En réalité, le gestionnaire préparait le document avec un résumé du cas et ses questions. Le Dr D\_\_\_\_\_ y répondait directement en utilisant l'ordinateur mis à sa disposition. L'intimée ne voyait pas en quoi l'utilisation de son papier-entête posait problème. De même, il n'était pas problématique que le Dr D\_\_\_\_\_ se prononce sur des aspects non médicaux, dans la mesure où l'intimée n'était pas dans l'obligation de suivre son appréciation. L'indépendance et l'impartialité du Dr D\_\_\_\_\_ n'avaient pas à être remises en cause, ce dernier n'étant pas un employé de l'intimée et ne travaillant que sur mandat.

La référence à un site internet français ne posait pas de problème particulier et ne constituait qu'un argument supplémentaire de l'intimée.

La prétendue incohérence de la décision du 6 janvier 2015 était contestée. Le passage relevé par le recourant s'insérait dans le paragraphe relatif aux frais de traitement. Manifestement, le recourant confondait « hospitalisation » et « incapacité de travail ». Le fait d'admettre que l'hospitalisation pour maladie aurait duré jusqu'au 24 mars 2014 n'impliquait pas que l'incapacité de travail aurait pris fin à cette date.

En dernier lieu, il convenait de préciser que l'intimée avait été plus large qu'elle n'aurait dû dans le versement de ses prestations. En effet, le recourant ayant présenté une capacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2014, ce dernier n'aurait pas dû être indemnisé. Ce n'est que dans l'hypothèse où le recourant avait été incapable de travailler à 100%, soit 50% en raison de maladie et 50% en raison de l'accident, que l'intimée aurait dû prester.

29. Dans sa réplique du 20 novembre 2015, le recourant a intégralement persisté dans les termes et conclusions de son recours, insistant sur l'apparence de partialité du Dr D\_\_\_\_\_.

A l'appui de son écriture, le recourant a produit un certificat du Dr B\_\_\_\_\_ daté du même jour et établi à sa demande, dans lequel il a précisé que dans les cas de mise en place de prothèses totales du genou, la tendance était à la diminution de la durée du séjour en milieu hospitalier. Toutefois, l'hospitalisation pouvait aller jusqu'à dix jours pour favoriser l'autonomie des patients opérés dès leur sortie. Pour les patients présentant des difficultés post-opératoires et souhaitant une rééducation plus intensive, une suite de soins de deux semaines en centre de convalescence pouvait être organisée sur demande avec des séances de rééducation en physiothérapie deux fois par jour. Une autonomie totale était ainsi acquise au terme de ces trois semaines et demie. Une certaine proportion des patients bénéficiant de l'opération précitée rentrait directement à domicile après les 10 jours d'hospitalisation, avec une totale autonomie dans la vie courante et sans besoin d'une aide complémentaire. Concernant les patients opérés exerçant un travail de type administratif, notamment en tant qu'indépendant, il était tout à fait évident qu'une reprise d'activité à 100% soit effectuée, malgré la présence de quelques douleurs au niveau du genou, ces dernières n'empêchant nullement l'intéressé de réfléchir. Ainsi, le Dr B\_\_\_\_\_ exprimait clairement une divergence d'avis par rapport à la position du Dr D\_\_\_\_\_, lequel estimait qu'un patient bénéficiant encore de séances de rééducation était inapte à réfléchir correctement pour exercer son métier, en l'occurrence d'avocat. La plupart des patients du Dr B\_\_\_\_\_ travaillaient dans le domaine bancaire, juridique ou médical et étaient tout à fait capables de reprendre leur activité un mois après l'opération, sans complications prolongeant la rééducation. S'agissant de la radiographie du 1<sup>er</sup> mars 2014, le fait que la prothèse soit bien positionnée était toute de même un pronostic favorable quant à la réussite de l'opération. L'abandon des cannes après un mois permettait également de confirmer que le recourant avait une bonne évolution au niveau de sa prothèse.

30. Dans sa duplique du 8 décembre 2015, l'intimée a également persisté ses conclusions. L'argumentation du recourant mettant en doute l'indépendance du Dr D\_\_\_\_\_ était irrelevante, étant précisé que la chambre de céans avait admis de manière constante que les avis de ce médecin étaient donnés de manière impartiale, en toute indépendance et de manière probante. Le certificat du 20 novembre 2015 du Dr B\_\_\_\_\_ ne présentait aucun nouvel argument autre que sa statistique personnelle. Le cours normal de l'hospitalisation ayant été interrompu par l'accident, le Dr B\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se prononcer de manière concrète. Il n'était pas plus « devin » que le Dr D\_\_\_\_\_ et ne pouvait donc pas affirmer et prouver que la reprise du travail aurait été certaine un mois après l'opération, puisque la détermination du taux de capacité de travail dépendait principalement de l'évolution post-opératoire.

A l'appui de ses écritures, l'intimée a produit une prise de position du Dr D\_\_\_\_\_, datée du 7 décembre 2015. Selon ce dernier, le certificat du 20 novembre 2015 du Dr B\_\_\_\_\_ ne présentait aucun nouvel argument autre que sa statistique personnelle, ce qui ne changeait rien à son avis. Sa propre statistique personnelle lui avait appris qu'une opération avec une anesthésie générale diminuait les facultés de concentration. Un comptable qu'il avait opéré de deux prothèses totales du genou n'avait pu reprendre le travail à 100% que trois mois après l'intervention, car il fatiguait durant la journée.

31. Par courrier du 23 décembre 2015, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il n'avait pas de remarque particulière à formuler à l'égard de la duplique.
32. 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), en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

- 
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 et ss LPGA).
  4. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour la période du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, étant précisé que l'intimée a d'ores et déjà versé au recourant les indemnités demandées pour les périodes du 2 au 8 mai 2014 (50%), du 9 au 11 mai 2014 (100%) et du 12 au 31 mai 2014 (50%), lesquelles ne sont pas ou plus litigieuses.
  5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 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; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. 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 exigence 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, 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 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, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

7. Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prester de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu*

---

*quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 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 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des

---

déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b et les arrêtés cités). En l'absence de cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA – les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

10. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA).

À teneur de l'art. 128 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), si un assuré malade est victime d'un accident dans un établissement hospitalier, l'assureur-maladie alloue, tant que dure le traitement hospitalier pour la maladie, les prestations assurées pour l'ensemble de l'atteinte à la santé. L'assureur-accidents est libéré de son obligation d'allouer des prestations jusqu'à concurrence des prestations de l'assureur-maladie.

D'après les recommandations de la Commission ad hoc sinistres LAA pour l'application de la LAA et de l'OLAA n° 13/85 relatives aux accidents et maladie concomitants, en vigueur depuis le 17 novembre 2008, tant et aussi longtemps qu'il existe avant l'accident une incapacité de travail causée par une maladie, l'accident ne peut pas déclencher le versement d'indemnités journalières.

11. 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).

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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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

---

sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

12. 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, 126 V 353 consid. 5b, 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).
13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement

---

quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

14. a. En l'espèce, le recourant considère que sans son accident du 28 février 2014, son incapacité totale de travail liée à la mise en place d'une prothèse totale du genou droit aurait pris fin le 24 mars 2014, soit après dix jours d'hospitalisation et deux semaines de rééducation. Son accident avait engendré le port d'une attelle pendant plusieurs semaines et considérablement ralenti son rétablissement et son retour au travail, de sorte qu'il avait présenté une incapacité de travail de 100% du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, de 50% du 2 au 8 mai 2014, de 100% du 9 au 11 mai 2014 et de 50% du 12 au 31 mai 2014, en lien avec son accident. Pour parvenir à cette conclusion, le recourant se fonde sur les certificats et rapports émis par le Dr B\_\_\_\_\_ et conteste la valeur probante des rapports du Dr D\_\_\_\_\_.

Pour sa part, l'intimée, s'appuyant sur les conclusions de son médecin-conseil, considère que la mise en place de la prothèse totale du genou droit est une opération relativement lourde qui, sans l'accident du 28 février 2014, aurait eu pour conséquence une incapacité de travail totale de deux mois et de 50% le troisième mois, au mieux. A l'inverse du recourant, elle estime que la valeur probante des rapports du Dr D\_\_\_\_\_ doit être reconnue et son analyse préférée à celle du Dr B\_\_\_\_\_.

b. En ce qui concerne les appréciations médicales du Dr D\_\_\_\_\_, la chambre de céans relève que le fait que ce dernier complète des courriers de l'intimée sans mettre en évidence les réponses qu'il apporte aux questions qui lui sont posées est regrettable, ce qu'admet l'intimée, dans la mesure où cela altère la clarté de son analyse du cas. Cela n'est toutefois pas suffisant pour dénier toute valeur probante aux rapports du Dr D\_\_\_\_\_. En revanche, le Dr D\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi les résultats de la radiographie du 1<sup>er</sup> mars 2014 et l'abandon des cannes par le recourant quatre semaines après l'intervention du 28 février 2014 ne permettent pas de nuancer ou de modifier ses conclusions relatives à la capacité de travail. Compte tenu de la divergence d'appréciation entre le Dr D\_\_\_\_\_ et le Dr B\_\_\_\_\_, une telle motivation aurait été nécessaire. En tout état de cause, le ton employé par le Dr D\_\_\_\_\_ dans son avis du 26 février 2015 pour répondre aux critiques adressées par le recourant est inadéquat et ne correspond pas à la neutralité qui est attendue d'un médecin-conseil. Cela jette un certain doute sur son impartialité dans le cas d'espèce. Une pleine valeur probante ne peut être reconnue à ses différents rapports et avis.

c. Quant au Dr B\_\_\_\_\_, outre le fait qu'il convient de tenir compte de sa qualité de médecin traitant du recourant, il ne s'est jamais prononcé sur plusieurs

points soulevés, de manière pertinente, par le Dr D\_\_\_\_\_, soit la fatigabilité engendrée par la narcose complète, la rééducation et les douleurs, et sur l'éventuelle nécessité pour le recourant de porter une attelle sur le genou droit, en raison des trois vis posées pour stabiliser l'esquille osseuse du condyle latéral interne, d'origine malade, lors de l'opération du 28 février 2014.

S'ajoute à cela que d'une manière générale, tant les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ que celles du Dr B\_\_\_\_\_ ne sont pas suffisamment motivées pour pouvoir leur reconnaître une pleine valeur probante. Si le fait que l'accident du 28 février 2014 a empêché un déroulement normal des événements post-opératoire et ne permet pas une analyse concrète du cas stricto sensu, il n'en demeure pas moins que ni le Dr D\_\_\_\_\_, ni le Dr B\_\_\_\_\_ n'ont véritablement expliqué, autrement que par des considérations générales, les raisons qui les ont conduits à prendre leurs conclusions respectives.

d. Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que l'intimée a rendu la décision querellée sans disposer de document médical pleinement probant, de sorte qu'il convient de lui retourner le dossier afin qu'elle procède aux investigations médicales nécessaires. Sur ce point et compte tenu du caractère antagoniste des avis des Dr D\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, la chambre de céans suggère à l'intimée de requérir l'avis d'un médecin indépendant.

15. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 13 juillet 2015 annulée, en tant qu'elle porte sur la période du 25 mars au 1<sup>er</sup> mai 2014, les indemnités journalières pour la période du 2 au 31 mai 2014 n'étant plus litigieuses.
16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 sur opposition du 13 juillet 2015, dans le sens des considérants.
4. Retourne le dossier à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et pour nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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