RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3520/2018 **ATAS/403/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 mai 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Philippe NORDMANN	recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) né le _____ 1954, marié, opticien optométriste, est employé de sa propre entreprise, qu'il partage avec son épouse, tous deux étant associés gérants, avec signature individuelle et une part sociale de CHF 10'000.-. Il est assuré pour le risque accidents professionnels et non professionnels LAA auprès de HELSANA Accidents SA (ci-après : l'assurance-accidents ou l'intimée).

2. Par déclaration de sinistre du 5 août 2016, il a annoncé avoir glissé sur le sol, le 1er juillet 2016, et chuté à plat ventre. En se relevant, à l'aide de son parapluie, il avait fait quelques pas, avant de ressentir subitement une douleur à la jambe gauche.

   Il a consulté le docteur B_____, spécialiste en médecine interne, (ci-après : le généraliste-traitant) pour la première fois, le 15 juillet 2016.

3. a. Le rapport d'échographie de la cuisse gauche du 15 juillet 2016, effectuée par l'institut Medimage (docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie), a conclu à un status post (ci-après : sp) rupture complète du droit antérieur de la cuisse gauche, au détriment de sa jonction myoaponévrotique distale. Ceci avait provoqué une rétraction de la masse musculaire en amont. Le plan de rupture était comblé par des séquelles d'un hématome en voie d'organisation et de résorption. Le spécialiste était frappé par les séquelles d'une rupture complète du droit antérieur; il observait qu'une myopathie pourrait même être recherchée, compte tenu des événements observés. En tout cas, il n'y avait aucun élément particulier observé au niveau du plan latéral de la cuisse, si ce n'était une atrophie graisseuse sous-cutanée.

   b. Le rapport d'échographie de contrôle de la cuisse gauche du 26 août 2016, pratiquée par le même radiologue, a conclu à une rupture, probablement des deux tiers, du droit antérieur du quadriceps gauche : au plan de rupture, hématome évolutif marqué par un panus fibrineux, mais également par une calcification hématique postérieure sous la masse rétractée en massue.

4. Le généraliste-traitant a mis l'assuré au bénéfice d'une incapacité de travail à 100 % du 1er au 31 juillet 2016, puis à 80 % du 1er août au 30 septembre 2016.

5. Dans son rapport du 22 septembre 2016, le Dr B_____ retenait le diagnostic de déchirure du droit antérieur quasi-complète, renvoyant au rapport d'échographie. Thérapie : repos/AINS/physiothérapie. S'agissant de la reprise du travail, il a répondu négativement, l'évolution étant habituellement de douze mois avant stabilisation.

6. Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance-accidents (ci-après : le médecin-conseil), a notamment indiqué, dans son évaluation du 3 octobre 2016, que du point de vue médical, le mécanisme du déroulement de l'accident, tel qu'il avait été décrit, était à même d'être à l'origine des résultats/diagnostics posés, avec une probabilité prédominante.

Il a notamment considéré que le *statu quo sine/ante* serait atteint après trois à quatre mois. À trois mois de l'événement, la déchirure musculaire devait en grande partie être guérie.

7. Il ressort d'un entretien du 1er novembre 2016 entre le gestionnaire de sinistres et l'assuré (au domicile de l'assuré) que, selon ce dernier, les Drs B_____, E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et F_____, spécialiste FMH en médecine physique, rééducation et médecine du sport, considéraient qu'aucune opération n'était préconisée et que le problème du patient serait à vie, aucune guérison n'étant possible selon le premier nommé. Selon le dernier nommé, il faudrait compter une année à dater de l'accident pour une bonne récupération. L'assuré indiquait présenter une baisse de moral, et être suivi par un ami psychiatre.

8. Interpellé par l'assurance-accidents, après l'entretien à domicile susmentionné, le Dr D_____ a confirmé, dans une nouvelle appréciation du 14 novembre 2016, que sur le plan traumatique la situation semblait stabilisée, sans douleur; le problème devenait psychologique.

9. Invité à se prononcer sur les conclusions du médecin-conseil (incapacité de travail plus justifiée, du point de vue accident, depuis le 1er novembre 2016), le Dr B_____ mentionnait dans son rapport du 7 décembre 2016 la persistance de douleurs à la cuisse gauche; le patient ne pouvait plus courir, devait s'arrêter lors de marches soutenues; limitation à l'utilisation d'escaliers (< à 10 marches); il n'était pas d'accord avec le médecin-conseil : la stabilisation pouvait se faire sur plusieurs mois et aboutir à une invalidité « (50 %??) ». L'incapacité de travail était de 50 % dès le 1er novembre 2016 pour une durée indéterminée. Le traitement actuel consistait en un reconditionnement/pratique du vélo d'appartement. Une opération était impossible (trop tard); les consultations avaient une fréquence d'une fois par mois et le généraliste-traitant évaluait la durée du traitement à encore dix-huit à vingt-quatre mois. Quant aux séquelles à redouter, il fallait compter sur une diminution de la productivité et de la qualité de vie, la partie du corps touchée étant diminuée à plus de 70 %. Il estimait qu'un examen par un expert serait souhaitable car une expertise sur dossier était impossible.

10. Par décision du 8 décembre 2016, HELSANA a mis fin aux prestations le 31 octobre 2016, date du *statu quo sine*, date de stabilisation fixée par son médecin-conseil. Dès le 1er novembre 2016, l'assuré n'aurait plus de droit aux prestations LAA. Il était invité à s'annoncer auprès de l'assureur-maladie compétent pour la prise en charge des traitements ultérieurs.

11. Par courrier du 16 décembre 2016 à l'assurance-accidents, le Dr B_____ s'est dit particulièrement interpellé et choqué par la décision de stopper les prestations au 31 octobre 2016. Son expérience montrait par exemple que d'autres patients assurés auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) étaient restés près de deux ans en arrêt accident, pour de mêmes lésions, avant la stabilisation de leur situation. L'arrêt de travail à 50 % pour une durée indéterminée

lui paraissait donc tout à fait justifié et en relation directe avec un accident bien démontré. Une fois la situation stabilisée, dans plusieurs mois, il conviendrait d'organiser une expertise médicale par un médecin qualifié en format pathologie qui évaluerait le préjudice au titre de l'atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), le patient ne pouvant par exemple plus faire de marche en montagne, de vélo ou de sport. Cette atteinte à l'intégrité devrait être indemnisée par l'assurance-accidents. Il avait également subi une baisse existentielle de sa capacité de travail (ci-après : CT) qu'il documenterait par ses comptes de pertes et profits. Là aussi, il conviendrait qu'il soit indemnisé jusqu'à stabilisation du cas et, à ce moment-là, il devrait logiquement bénéficier d'une rente accident à vie, correspondant à sa perte effective de gain. Il avait donc conseillé à son patient de former opposition à cette décision. Il continuerait à délivrer des arrêts de travail à 50 % pour une durée indéterminée et tiendrait l'assurance-accidents au courant, lorsque le cas serait effectivement stabilisé, ce qui n'était pas le cas actuellement.

12. Par courrier recommandé du 28 décembre 2016, l'assuré, se fondant sur le rapport de son généraliste-traitant, a formé opposition à la décision du 8 décembre 2016.

13. Interrogé au sujet de l'avis du Dr B_____, le médecin-conseil a confirmé son propre avis, le cas étant stabilisé, selon lui.

14. D'autres avis médicaux ont par la suite été versés au dossier :

    - par certificat du 20 décembre 2016, le Dr F_____ a expliqué que son patient présentait une rupture du muscle droit antérieur du quadriceps de la cuisse gauche, suite à l'accident du 1er juillet 2016. Cette rupture musculaire entraînait une limitation fonctionnelle importante du membre inférieur gauche (ci-après : MIG) avec une faiblesse importante, des lâchages avec des chutes, ce qui entraînait une limitation de la position debout prolongée et du périmètre de marche. Il a notamment considéré que même si la cicatrisation du muscle se faisait en moyenne en trois-quatre mois, la récupération fonctionnelle atteignait facilement de neuf à douze mois, s'il n'y avait pas de complications ou d'autres atteintes. On observait souvent des séquelles irréversibles avec faiblesse résiduelle plus ou moins importante du membre atteint, estimée en moyenne à 20 % selon la littérature médicale, et pouvant varier selon les personnes.

    - Le Dr E_____ s'est également adressé au médecin-conseil par courrier du 17 janvier 2017 : le patient l'avait consulté le 1er septembre 2016 pour une déchirure des insertions du muscle droit antérieur du MIG. À l'examen clinique une interruption de la musculature antérieure de la cuisse droite était bien palpable. En charge monopodale, faiblesse et manque d'équilibre. L'extension active était complète, mais il persistait une diminution globale de la force de la cuisse gauche. Une IRM de contrôle avait été réalisée le 23 décembre 2016, confirmant la désinsertion profonde du droit antérieur avec conservation du vaste interne et latéral. Pour l'instant, il considérait que le *statu quo ante* ne

pouvait pas être retenu. Il invitait son confrère à convoquer le patient afin de mieux préciser les séquelles de l'accident.

15. Par courrier du 12 janvier 2017, un conseil s'est constitué pour l'assuré. Il sollicitait un délai pour motiver l'opposition déjà formellement déposée par son mandant.

16. Dans un nouvel avis du 6 février 2017, le médecin-conseil a considéré que selon les avis des médecins susmentionnés, compter deux ans d'incapacité de travail était aberrant. Sur question, il a recommandé la mise en œuvre d'une expertise, immédiatement, auprès du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main.

17. Par courrier du 8 février 2017, HELSANA a invité l'assuré à se soumettre à une expertise auprès du Dr G_____. Il recevait copie des questions à poser à l'expert et avait la possibilité de poser des questions complémentaires dans les dix jours.

18. Le Dr G_____ a examiné l'assuré le 9 mars 2017. Il ressort de son rapport d'expertise du 22 mars 2017, qu'il a procédé à une anamnèse très complète, personnelle, socioprofessionnelle et actuelle, décrivant l'évolution de la situation depuis l'accident. Il a recueilli les plaintes du patient dont le détail ainsi que ses constatations seront évoqués dans les considérants qui vont suivre.

    En réponse aux questions posées, le Dr G_____ a notamment considéré que le lien de causalité naturelle était hautement vraisemblable, voire certain. S'agissant de la CT, à partir du 1er avril 2017 une reprise du travail à 75 % devrait être exigible, puis à 100 % à partir du 1er juillet 2017 (à une année du traumatisme). Rien ne s'opposait ensuite à ce qu'il puisse travailler à temps complet, même jusqu'à un âge avancé « comme son père ». Sur le plan théorique, il pourrait également reprendre n'importe quelle autre activité professionnelle en position semi-assise, sans longs déplacements ni manutention lourde; travail en position principalement assise exigible à 100 % dès aujourd'hui. L'état de santé n'était actuellement pas encore complètement stabilisé. Il s'agissait d'optimiser le traitement de physiothérapie en insistant sur la tonification et la proprioception, assorti d'un programme d'exercices à domicile, de tonification (vélo d'appartement, etc.) et de stretching des ischiojambiers. Il n'était pas exclu que les sensations d'appréhension, de tension et de faiblesse disparaissent complètement d'ici à l'année prochaine. Il préconisait la poursuite d'une séance de physiothérapie hebdomadaire jusqu'à la fin de l'année 2017 et d'insister sur le reconditionnement sportif et les exercices à domicile. S'agissant de l'éventuelle IPAI : cas pas encore stabilisé. Les mesures de reconditionnement préconisées permettraient probablement d'améliorer significativement l'état de santé. Les séquelles définitives de ce type de lésions étaient généralement très modestes, correspondant à un taux d'IPAI, entre 0 et 5 % au maximum, selon la LAA. Le détail des motifs à l'appui de ses conclusions sera développé dans les considérants qui suivront. Il invitait l'assurance-accidents à transmettre une copie de son rapport au Dr B_____ qui verrait le patient prochainement pour la suite du traitement.

19. Par courrier du 30 mars 2017, HELSANA a informé l'assuré que sur la base de l'expertise du Dr G_____, sa CT serait de 75 % dès le 1er avril 2017, puis de 100 % dès le 1er juillet 2017. L'indemnité journalière (ci-après : IJ) serait en conséquence adaptée à ces taux aux dates mentionnées.

20. Par courrier de son mandataire du 12 juillet 2017, l'assuré a contesté la valeur probante de l'expertise (selon lui, le rapport de l'expert contenait des contradictions et des lacunes). Il concluait au versement des IJ à 50 % encore au-delà du 1er avril 2017 et à la prise en charge de l'ensemble des traitements au moins jusqu'à ce que son état de santé soit stabilisé. Il a produit trois nouveaux rapports de ses médecins qui contestaient les conclusions de l'expert :

    - le Dr E_____ (rapport du 18 mai 2017) : avait ausculté l'assuré deux fois (1er septembre 2016 et 18 mai 2017). Le patient exprimait toujours des plaintes : (faiblesse et instabilité du MID; il ne pouvait pas courir et il était gêné dans l'activité professionnelle [station debout prolongée et escaliers]). Il fallait environ une année pour récupérer, de toute façon incomplètement; l'assuré devrait retrouver une CT complète d'ici à la fin de l'année; le cas n'était pas encore stabilisé et l'IPAI devrait encore être évaluée.

    - Selon le Dr F_____ (rapport du 18 mai 2017) : on pouvait théoriquement compenser la perte de fonction du muscle droit antérieur par l'entraînement des autres chefs musculaires du quadriceps avec rééducation intensive; la cicatrisation du muscle pouvait prendre trois à quatre mois, mais pour la récupération fonctionnelle, le délai atteignait facilement neuf à douze mois; il a confirmé son appréciation précédente au sujet des séquelles irréversibles; selon lui, les délais indiqués par l'expert étaient théoriques et cohérents, mais ne s'appliquaient pas à tous les patients. Il évoquait un nouvel accident le 16 mai 2017, ayant entraîné une contusion du bassin et du rachis lombaire avec aggravation des douleurs du quadriceps gauche avec, cliniquement surtout, des contractures musculaires.

    - Selon le Dr B_____ (rapport du 12 juin 2017) : compte tenu de l'âge, du status pondéral et du déconditionnement physique du patient, le délai atteindrait plutôt douze à vingt-quatre mois. Il évaluait l'atteinte IPAI et la perte de revenus à 25 % environ, reprenant en substance ses conclusions antérieures.

    - Quant au docteur H_____, neurologue, (rapport du 26 juillet 2017), il avait fait pratiquer un ENMG qui concluait comme suit : légers signes de polyneuropathie sensitive axonale « longueur-dépendante » des membres inférieurs, d'étiologie indéterminée, ainsi que signes d'atteinte axonale motrice des nerfs tibiaux, associés à des ralentissements de la conduction proximale en faveur d'un processus radiculaire bilatéral et étagé, liés à des atteintes motrices axonales des nerfs tibiaux d'origine potentiellement radiculaire dans un contexte de canal lombaire étroit, sans cependant qu'il puisse observer des signes de dénervation active ou chronique à l'EMG. Il a notamment proposé la réalisation

d'une IRM cérébro-médullaire et du bassin, avant de conclure définitivement à un processus fonctionnel tant au niveau visuel que périnéal ou des membres inférieurs, qui nécessiterait un suivi psychiatrique rapproché.

21. Par courrier du 9 août 2017, HELSANA a informé le conseil de l'assuré de la mise en place d'une expertise complémentaire par le Dr G_____ pour faire le point sur la situation actuelle, suite à l'accident du 1er juillet 2016 et la nouvelle chute du 16 mai 2017. Il a soumis la mission d'expertise à l'assuré en lui donnant la possibilité de se prononcer sur d'éventuelles questions complémentaires. Il serait examiné par l'expert le 24 août 2017.

22. Par courrier du 17 août 2017, le conseil de l'assuré a considéré que compte tenu de la contestation du rapport du Dr G_____, il convenait de désigner un autre expert – il proposait le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Si l'assureur-accidents persistait à vouloir confier cette expertise au Dr G_____, les questions 5.1, 5.2 et 5.4 devraient être limitées à l'accident du 16 mai 2017, l'expert s'étant déjà prononcé au sujet de celui du 1er juillet 2016. Quant à la question 10, elle devrait être supprimée vu le statut d'expert indépendant de l'intéressé.

23. Par courrier du 21 août 2017, HELSANA a décidé de maintenir la désignation du Dr G_____; elle a confirmé la date prévue pour l'examen et la liste des questions à poser à l'expert.

24. Le Dr G_____ a rendu son rapport d'expertise complémentaire le 12 septembre 2017. Après avoir rappelé les diagnostics retenus lors de l'expertise initiale (rapport du 22 mars 2017), l'expert a consigné l'évolution chronologique de la situation de l'expertisé depuis la première expertise, s'appuyant notamment sur les informations anamnestiques fournies par l'expertisé et les documents médicaux versés au dossier; il a notamment relevé qu'en date du 16 mai 2017, le patient avait fait une nouvelle chute dans les escaliers, décrivant ses suites et conséquences, et les documents médicaux versés au dossier. Il a ensuite relevé les plaintes actuelles du patient, consigné ses observations à l'examen clinique, et interprété les rapports d'imagerie récents. Il a retenu les diagnostics suivants : sp contusion lombo-sacrée simple le 16 mai 2017, sp rupture myotendineuse du droit antérieur de la cuisse gauche le 1er juillet 2016, traitée conservativement avec un bon résultat anatomique et fonctionnel, canal lombaire étroit dégénératif prédominant en L4-L5 avec probable claudication neurogène fonctionnelle, polyneuropathie sensitive des MI, obésité. Le détail du rapport et des motifs fondant ses conclusions sera évoqué dans la mesure utile dans les considérants qui suivront.

25. Par courrier du 22 septembre 2017, HELSANA a communiqué un exemplaire du rapport de l'expert au conseil de l'assuré. Se fondant sur les conclusions de ce rapport, l'assurance-accidents a admis, au-delà des conclusions de l'expert, de verser à bien plaire les prestations légales, selon un taux d'invalidité de 25 % jusqu'à la date du complément d'expertise (24 août 2017). Un délai était imparti à l'assuré

pour faire part de ses commentaires éventuels. À défaut, elle notifierait sa décision sur opposition.

26. Le Dr B_____ a poursuivi la délivrance de certificats d'incapacité de travail à 50 %.

27. Par la plume de son conseil, l'assuré a contesté le rapport d'expertise complémentaire sur plusieurs points, par courrier du 16 février 2018, soit : l'absence de lien de causalité naturelle entre l'évènement du 1er juillet 2016 et l'atteinte à la santé dont il souffre toujours; le degré d'atteinte à l'intégrité; enfin les considérations liées à la stabilisation de l'état de santé.

    Il a produit plusieurs rapports médicaux à l'appui de ses contestations, parmi lesquels :

    - rapport du Dr F_____ du 16 octobre 2017;
    - rapport d'IRM des deux cuisses du 1er février 2018 de la doctoresse J_____, FMH en radiologie, à destination du Dr K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecine du sport du 13 février 2018;
    - un rapport de test isocinétique de la clinique de la Colline du 24 janvier 2018.

    Sur la base de ces documents, l'assuré estimait que les conclusions du Dr G_____ se fondent sur des examens ne permettant pas d'objectiver un rétablissement de son état de santé; le rapport d'IRM a permis de mettre en évidence une lésion quadricipitale gauche, avec rupture complète du droit antérieur, importante atrophie musculaire et persistance d'un hypersignal; le bilan isocinétique avait permis de chiffrer la perte de force du quadriceps : en terme de force, puissance et travail musculaire, la comparaison entre les muscles droit et gauche montrait une différence d'environ 50 % en défaveur de la jambe gauche; selon le Dr K_____, le patient, à pratiquement deux ans d'une rupture complète du quadriceps gauche, était encore particulièrement gêné fonctionnellement par cette ancienne lésion et le déficit de force qui lui était associé; il avait des douleurs récurrentes et avait dû limiter de façon importante toutes ses activités de la vie quotidienne. L'assuré en déduisait que l'atteinte à la santé était bien objectivée et que les conclusions de l'expert ne sauraient être retenues. HELSANA était dès lors tenue de verser des IJ pour un taux d'incapacité de travail de 50 % au-delà du 30 mars 2017; l'IPAI devait être fixée à 25 % conformément au rapport du Dr B_____ du 12 juin 2017; HELSANA devrait reprendre l'instruction médicale nécessaire s'agissant de la stabilisation de l'état de santé et octroyer à l'assuré, le cas échéant, une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 50 %. À défaut, il concluait à la mise en place d'une nouvelle expertise et proposait la doctoresse L_____, responsable de l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique aux Hôpitaux universitaires de Genève (Beau-Séjour). Il concluait en conséquence à l'annulation de la décision du 8 décembre 2016, au versement d'IJ au-delà du 30 mars 2017 et jusqu'à stabilisation de l'atteinte à la santé liée à l'accident du 1er juillet 2016, et dès stabilisation, à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un

taux d'incapacité de travail de 50 % et à la fixation d'une IPAI selon un taux de 25 % ; subsidiairement, à la mise en place d'une contre-expertise.

28. Par courrier du 27 mars 2018, le Dr G_____ s'est prononcé sur les diverses pièces médicales susmentionnées et sur les arguments de l'assuré : il réfutait l'ensemble de l'argumentation médicale et « juridique ».

29. Le médecin-conseil d'HELSANA, le Dr D_____, s'est également prononcé, dans une note du 23 avril 2018, sur les observations de l'assuré et les rapports médicaux produits, ainsi que sur le rapport d'expertise complémentaire et le courrier du Dr G_____ du 27 mars 2018 : il a conclu à la pleine valeur probante du rapport d'expertise du 19 septembre 2017 et son complément du 2 mars 2018, estimant au surplus que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire.

30. Par courrier du 2 août 2018, l'assuré a encore produit des rapports complémentaires du Dr K_____ du 21 juin 2018 et de la Dresse J_____, FMH en radiologie, et persisté dans ses conclusions.

31. En date du 6 septembre 2018, HELSANA a notifié sa décision sur opposition : l'opposition était partiellement admise et la décision du 8 décembre 2016 modifiée en ce sens qu'HELSANA prenait en charge les frais de traitement en relation avec la cuisse gauche jusqu'au 24 août 2017; les traitements de la cuisse gauche n'étaient plus en rapport avec le sinistre annoncé; des IJ seraient versées à raison d'une incapacité de travail de 100 % du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017 puis à 25 % du 1er avril au 30 juin 2017; dès le 1er juillet 2017, aucune incapacité de travail en rapport avec la cuisse gauche n'était justifiée; aucune rente ni IPAI ne seraient accordées. En substance, l'assurance-accidents a repris l'essentiel des faits retenus ci-dessus, énoncé les dispositions légales et les principes jurisprudentiels applicables, et statué sur la base des rapports d'expertise du Dr G_____ des 22 mars et 24 août 2017 (recte : 12 septembre 2017), ainsi que sur l'appréciation de l'expert, au sujet des rapports médicaux postérieurs à ses rapports; HELSANA considérait que lesdits rapports et prise de position ultérieure de l'expert devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante, les avis des médecins traitants ne permettant de mettre en doute les conclusions claires de l'expert sur aucun des aspects litigieux. Le détail des motifs développés par HELSANA sera repris dans la mesure utile dans les considérants qui suivront.

32. Par mémoire du 8 octobre 2018, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre la décision sur opposition susmentionnée. Il conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise et à ce que l'intimée lui verse des IJ à hauteur de 50 % dès le 1er octobre 2017 (recte : 2016) jusqu'à stabilisation de son état de santé, à l'octroi d'une IPAI correspondant à un taux de 25 %, ainsi qu'à une rente d'invalidité de 50 % dès la stabilisation de son état de santé; subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique, voire à retourner la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une telle expertise. Il conteste la valeur probante de

l'expertise et son complément, réalisés par le Dr G_____, sur lesquels l'intimée se fonde pour l'essentiel. Il y voit des contradictions, des incohérences et des lacunes. Le détail de ses arguments sera évoqué, dans la mesure utile, dans les considérants.

33. L'intimée a répondu au recours par mémoire du 28 novembre 2018. Elle a conclu à son rejet et à la correction du ch. 2 du dispositif de la décision entreprise en ce sens que les IJ seront versées en raison d'une incapacité de travail de 50 % du 1er octobre 2016 au 31 mars 2017, (*Ndr.* : *au lieu de 100 % du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017*), puis à 25 % du 1er avril au 30 juin 2017, et dès le 1er juillet 2017, aucune incapacité de travail en rapport avec la cuisse gauche ne se justifie. Le ch. 2 du dispositif de la décision entreprise comportait une erreur de plume : il résultait en effet du dossier que l'incapacité de travail avait été attestée comme suit par le Dr B_____ : - à 100 % du 1er au 31 juillet 2016; - à 80 % du 1er août au 30 septembre 2016; - à 50 % du 1er octobre 2016 au 31 mars 2017, étant précisé que dans la succession des certificats d'incapacité de travail, il manquait initialement le mois d'octobre 2016; le Dr B_____ l'a déterminée rétroactivement (à 50 %) par son attestation du 9 octobre 2018. Or, le recourant ne réclame lui-même pas une IJ à 100 % dès le 1er novembre 2016 mais de 50 % telle qu'attestée par son médecin-traitant; d'autre part, le mois d'octobre 2016 avait initialement été, par erreur, indemnisé à 80 % au lieu de 50 %. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurance-accidents avait l'obligation de fournir des prestations pour la cuisse gauche au-delà du 24 août 2017, date à laquelle elle a considéré que l'état de santé était stabilisé; en l'occurrence de savoir si elle avait l'obligation de poursuivre le versement d'IJ au-delà du 30 juin 2017 et si elle devait verser une IPAI et une rente. Pour l'essentiel, l'intimée renvoie aux considérants de la décision entreprise. Pour le surplus, le recourant tente de démontrer qu'il existerait un lien de causalité entre l'état de sa jambe gauche et les trois accidents (du 16 mai 2017 et des 26 janvier et 28 septembre 2018) postérieurs à celui du 1er juillet 2016. Or, les deux premiers (16 mai 2017 et 26 janvier 2018) ont fait l'objet de décisions en force, et le dernier était actuellement en traitement de sorte qu'ils ne faisaient pas partie du litige. L'examen cinétique et l'avis du médecin traitant se fondant sur celui-ci n'avaient pas de valeur probante, et le Dr F_____ ne prenait en compte ni le canal lombaire étroit ni l'avis du neurologue (Dr H_____). Il n'y avait aucune contradiction entre les deux rapports successifs de l'expert, qui retenait une relation de causalité hautement probable entre les troubles fonctionnels des MI et le canal lombaire étroit. Le recourant ne remettait pas en question la date de stabilisation au 24 août 2017 de sorte que la fin de la prise en charge des frais médicaux dès cette date était justifiée. Les prétentions du recourant à une IPAI n'étaient fondées sur aucun élément la justifiant; et s'agissant d'un droit à une rente, celle-ci n'était pas davantage justifiée, dès lors qu'aucune incapacité de travail en relation de causalité avec l'accident de juillet 2016 n'était reconnue.

34. Le recourant a répliqué par mémoire du 19 février 2019. Il a conclu préalablement à la production de l'intégralité du dossier de l'intimée, et à l'audition du Dr B_____,

dans la mesure où l'avis médical du Dr G_____ était contesté. En substance, il conteste le diagnostic de canal lombaire étroit : l'expert avait admis l'existence des limitations fonctionnelles, mais en les attribuant à une cause erronée, de sorte que l'intimée ne pouvait mettre fin au versement des IJ. S'agissant de l'IPAI, le lien de causalité étant fondé sur un diagnostic erroné, seul l'avis des médecins traitants devait être pris en considération. Quant au droit à une rente, la question de la stabilisation de l'état de santé n'ayant pas été examinée sérieusement, on ne savait pas jusqu'à quand les IJ devaient être versées, de sorte que le droit à la rente devrait encore être examiné.

35. L'intimée a dupliqué par courrier du 5 mars 2019. Elle a confirmé que le dossier produit à l'appui de sa réponse était complet : le rapport initial de l'IRM lombaire du 19 mai 2017 n'y figurait pas car il dépendait d'un dossier distinct (accident du 16 mai 2017). Elle l'a néanmoins produit ainsi que la prise de position de son médecin-conseil au sujet de ce rapport et de l'interprétation que le recourant en faisait dans sa réplique au sujet du canal lombaire étroit.

    Selon le Dr D_____, un canal lombaire étroit est par définition un rétrécissement canalaire. Le qualificatif de « relatif » était une interprétation secondaire du radiologue; ce dernier n'ayant pas examiné le patient, il ne pouvait, sur des images statiques, affirmer qu'il n'était pas pathologique. Le médecin-conseil en restait donc aux conclusions de l'expert.

    La nouvelle argumentation médicale du recourant tendant à mettre en échec les conclusions de l'expert n'était pas probante. Une pleine valeur probante devait au contraire être reconnue aux rapports du Dr G_____, tout comme aux appréciations médicales du Dr D_____. L'audition du médecin traitant – dont l'un des patients, atteint de mêmes lésions que le recourant, aurait bénéficié d'une rente et d'une IPAI - et la mise en œuvre d'une expertise n'étaient donc pas nécessaires ni opportunes, de sorte qu'elle a persisté dans ses conclusions.

36. La chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 27 janvier 2020 :

    Le recourant a déclaré : « Pour répondre à votre question, depuis juillet 2016, rappelant que mon accident initial date du 1er juillet 2016, je m'efforce de continuer à travailler dans la mesure de mes possibilités. Lorsque je peux me reposer, je le fais, et lorsque la nécessité s'en fait sentir, je vais travailler, étant précisé que j'évalue à hauteur de 45 à 50 % la moyenne de mon taux d'activité. Je dois dire que j'habite en face de mon magasin. J'ai apposé sur la porte un horaire d'ouverture de 10h00 à 12h30 et de 15h00 à 18h30, ceci depuis mon accident. J'ai également indiqué sur cet horaire d'ouverture qu'en dehors des horaires mentionnés, je suis atteignable téléphoniquement. Avant mon accident, les horaires d'ouverture de mon magasin étaient de 07h30 à 19h00 sans interruption. Vous me posez la question de savoir si je suis le seul employé de mon entreprise. Je précise à ce sujet que je suis opticien diplômé et à ce titre, responsable de magasin, ce qui m'impose un

maximum de présence. Il est vrai que lorsque je ne suis pas disponible, soit par exemple pour une livraison ou pour d'autres causes, ma femme est également en mesure de répondre à la clientèle, encore que notre organisation est telle que les activités de notre société sont divisées en deux parties, l'optique pour ce qui me concerne, et la photo, qui est le domaine de mon épouse, photographe. Les locaux sont uniques, mais divisés en deux. Il y a en fait une cloison qui sépare les deux parties, et ceci sans communication interne. Il y a donc deux accès distincts pour cette arcade, depuis la rue. Je précise toutefois que mon épouse n'est pas seulement photographe, mais également opticienne, mais elle n'a pas les mêmes diplômes que moi. En ce qui me concerne, j'ai un diplôme d'optométriste (verres de contact), tandis que mon épouse ne dispose que d'un CFC. Mon diplôme me permet de faire des examens de la vue, ce qui signifie que lorsqu'un client entre dans mon magasin, je peux le prendre en charge de A à Z, sans avoir besoin de l'envoyer chez un collègue ou chez un opthalmo, puisque je peux m'en charger, y compris pour les examens de la vue. Ensuite, je poursuis avec la vente de lunettes. Cette précision car certains collègues ne pratiquent que les examens, mais ne vendent pas de lunettes. Pour ce qui est de mon épouse, elle est habilitée à travailler les verres que nous recevons pour les adapter aux montures, elle peut s'occuper de faire choisir ses montures et de faire tout ce qui est nécessaire pour monter les lunettes, mais pas pour faire des tests de la vue sur la base d'une ordonnance par exemple. Il est vrai que théoriquement ce serait possible sur (*recte : sous*) ma surveillance, mais elle ne l'a jamais fait à mon souvenir. En réalité, je suis là pour le faire et je lui laisse son côté artiste et de conseil par rapport au choix des montures. D'un autre côté, elle consacre l'essentiel de son activité à son métier de photographe : …. Pour répondre à votre question, vous me demandez si j'ai effectivement consulté "un ami psychiatre" dans la ligne de ce que le Dr H_____ avait préconisé à un moment donné. Vous vous référez également à un entretien avec un gestionnaire du sinistre du 1er novembre 2016, et s'il s'agit du Dr M_____. J'ai consulté de nombreux médecins depuis mon accident, comme vous l'avez vu, mais l'évocation d'un suivi psychiatrique ne me rappelle rien. Je connais plusieurs psychiatres, mais pas le Dr M_____; mais je ne vois pas le rapport entre un psychiatre et un neurologue. Vous pointez par rapport à votre question la pièce C10 intimée, page 3 où il est question que je serais déjà suivi pour mon côté psychique par un ami psychiatre. Il s'agit sans doute d'un malentendu avec le gestionnaire du sinistre. Il n'a jamais été question pour moi d'un suivi psychiatrique. Vous me demandez, dans le même ordre d'idée, si la phrase suivante que mon épouse vivrait mal cette situation et me reprocherait d'être dans cet état, procède également d'un malentendu avec le gestionnaire. Certes, car mon épouse est beaucoup plus admirative que critique à mon égard, admirant notamment mon courage et mon esprit combatif. Il est vrai toutefois que la question a pu être abordée avec le Dr H_____, mais j'ai de fait rencontré quelques difficultés avec lui par rapport à son approche. Je lui ai également reproché un certain nombre d'erreurs (pièce M19 intimée). Je précise encore (que) s'il est exact que le Dr H_____ préconise un suivi psychiatrique au

dernier paragraphe utile de son rapport, cela n'a strictement rien à voir avec mon accident. Sur question de l'intimée qui me demande, par rapport au 50 % d'incapacité de travail que j'annonce, si cette capacité restreinte inclut également la problématique d'un autre sinistre annoncé et en cours, par rapport à une maladie professionnelle. Je confirme tout d'abord qu'effectivement un cas de maladie professionnelle est en cours auprès de HELSANA accidents ».

Me Catherine MERENYI, conseil du recourant : « Je ne suis pas au courant de cette procédure. J'ai à l'esprit uniquement le fait que j'ai interrompu la prescription auprès d'HELSANA maladie pour le cas où la problématique actuelle de l'accident (du 1er juillet 2016) devait déboucher sur un résultat négatif du recours. Toutefois, dans l'intervalle, mon client me glisse effectivement qu'il y a en effet un cas pour maladie professionnelle, mais qui daterait d'une dizaine d'années ».

Le recourant a repris : « En effet, j'avais à l'époque été incité par un médecin que j'avais consulté par rapport à une allergie que je rencontre, dans les mains, lorsque je suis en contact avec des métaux. D'ailleurs, il y a environ trois semaines, le gestionnaire de ce dossier m'a appelé pour me demander ma comptabilité en relation avec cette affaire de maladie professionnelle, pour laquelle aucune décision n'a jamais été rendue (à) ce jour à ma connaissance. Sur question de l'intimée, il est exact qu'en relation avec cette affaire, il fut un temps où je touchais des prestations de l'assurance-invalidité, mais je ne les touche plus car j'ai atteint entre temps l'âge AVS. En définitive, pour répondre à la question de l'intimée, les incidences de la maladie professionnelle sur ma capacité de travail concernaient une période antérieure à 2016, en ce sens qu'à l'époque, j'avais des revenus beaucoup plus importants que maintenant, qui avaient déjà diminué avant 2016 en raison de ma maladie professionnelle, dont les conséquences se poursuivent naturellement depuis mon accident du 1er juillet 2016, avec en plus depuis cette date, les conséquences de cet accident sur mon incapacité de travail. Vous me demandez si je considère aujourd'hui que mon état s'est stabilisé. Je vous réponds que non car je suis toujours incapable de travailler à plus de 50 %. Vous me faites observer que cela n'a rien à voir avec la stabilisation de mon état, la question étant de savoir si dans l'état actuel des choses, une évolution serait encore possible, notamment pour améliorer ma capacité de gain, et d'une façon plus générale que soit modifié mon état de santé ».

Madame N_____, pour l'intimée : « Notre expert avait fixé au 24 août 2017, le *dies a quo* de la stabilisation de l'état de santé. J'observe que le recourant a contesté cette date sans proposer d'autre date pour la stabilisation ».

Me MERENYI : « Nous en avons contesté cette date et pas proposé d'autre, car un médecin, sauf erreur le Dr F_____ a indiqué que l'état n'était toujours pas stabilisé (rapport du 20 novembre 2016) ».

37. Sur quoi, à la demande des parties, qui souhaitaient prospecter plus avant une solution transactionnelle éventuelle, la procédure a été suspendue en application de l'art. 78 LPA (ordonnance du 27 janvier 2020).

38. Par courrier de son mandataire du 16 décembre 2020, le recourant a sollicité la reprise de l'instruction, toute discussion avec l'intimée s'étant révélée vaine. Il a produit deux rapports médicaux complémentaires :

    - rapport de la Dresse J_____ du 12 mars 2020 concernant une IRM des deux cuisses le 12 mars 2020 : - à gauche sp rupture partielle du muscle droit fémoral le long de la lame sagittale en superficie du vaste intermédiaire en 2016; séquelle connue du muscle droit antérieur, amincissement par rapport au côté controlatéral et infiltration graisseuse correspondant à l'amyotrophie progressive, l'infiltration se retrouve sur le versant profond (vaste intermédiaire), sans rehaussement après injection du produit de contraste; - à droite : sp vraisemblable décollement musculo-aponévrotique intéressant le semi-tendineux sur l'ensemble de sa longueur et le biceps fémoral en 2018. Régression complète de l'hypersignal du semi-tendineux et du tendon du biceps fémoral. Minime asymétrie de taille de la portion charnue par rapport au côté controlatéral du muscle droit fémoral; pas de rehaussement après injection du produit de contraste;
    - rapport du Dr K_____ du 23 juin 2020 : il avait revu le patient en mars 2020 avant la pandémie et en juin 2020 après le confinement, au sujet de sa problématique du MIG. Se référant aux constatations qu'il avait faites en 2018 (à presque deux ans de l'accident), selon lui, en 2020, les séquelles musculaires sont toujours les mêmes, définitives et irréversibles; l'atteinte fonctionnelle ne pourra que se dégrader avec le temps et la péjoration régulière de l'atrophie musculaire; problématique exclusivement liée à l'accident musculaire de 2016 sans aucune association avec une lésion neurologique, par ex.; il en résulte une appréhension majeure et des lâchages occasionnels le limitant dans toutes ses activités.

    Le recourant a en outre informé la CJCAS qu'il serait désormais représenté par un nouveau mandataire.

39. Par courrier du 7 janvier 2021, l'intimée a communiqué à la CJCAS la prise de position du Dr D_____ sur les deux rapports médicaux produits par le recourant (ci-dessus ad ch. 38) : l'interprétation du résultat de l'IRM des deux cuisses par le Dr K_____ était biaisée : en effet cette dernière confirme que la situation est stable et sans changements par rapport au précédent examen; cela implique que les lâchages ne sont pas objectivement explicables car l'atteinte ne touche que le droit antérieur, de manière modeste (infiltration graisseuse de type II). Or ce muscle ne représente que le quart du quadriceps, de sorte que les autres parties fonctionnent à satisfaction; le médecin-conseil persistait dans son avis précédent.

40. La CJCAS a confirmé la reprise de l'instruction de la cause par ordonnance du 13 janvier 2021, indiquant aux parties que la cause était gardée à juger.

41. Par courrier de son nouveau conseil du 29 janvier 2021, le recourant a encore produit une nouvelle pièce médicale (consultation orthopédique du docteur

O_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, du 26 janvier 2021) « en vue de la cause prochaine à juger » : anamnestiquement, des suites de l'accident de 2016, le patient avait dû réduire son activité professionnelle de 50 %, car il nécessitait du repos en raison des fortes douleurs ressenties en fin de journée; position debout prolongée douloureuse, marche difficile avec boiterie, et position assise douloureuse. Réveils nocturnes et diminution d'équilibre ayant occasionné des chutes dans le passé. À l'examen clinique, il y avait une différence de circonférence de la cuisse gauche par rapport à la droite (env. 3 cm) avec rétraction du droit fémoral au pli de l'aine et une contraction douloureuse du quadriceps. Les examens radiologiques ont montré une dégénérescence graisseuse du muscle droit fémoral et du vaste intermédiaire, avec une rétraction des fibres musculaires à la fonction aponévrotique. Sur le plan des thérapies, malgré la physiothérapie effectuée jusque-là, il n'avait rien à proposer pour redonner la force et diminuer les douleurs.

42. Par courrier du 24 février 2021, un nouveau conseil s'est constitué.

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 du recourant 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur les prétentions du recourant aux prestations LAA, singulièrement la poursuite des IJ à hauteur de 50 % dès le 1er octobre 2016 et au-delà du 30 juin 2017 jusqu'à stabilisation de son état de santé, à l'octroi d'une IPAI correspondant à un taux de 25 %, ainsi qu'à une rente d'invalidité de 50 % dès la stabilisation de son état de santé, autrement dit sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a limité, dans la décision entreprise, le droit du recourant aux prestations suivantes : IJ en raison d'une incapacité de travail de «100 % du 1.11.2016 » (sous réserve de la rectification demandée par l'intimée – voir infra) au 31 mars 2017 puis à 25 % du 1er avril au 30 juin 2017, et en niant au recourant tout droit à une rente d'invalidité selon la LAA et à une IPAI.

   Au sujet de la contestation relative aux IJ, l'intimée a fait valoir que la décision entreprise comportait une erreur de plume au ch. 2 du dispositif, en ce sens qu'il fallait lire 50 % du 1er octobre 2016 au 31 mars 2017 (et non pas 100 % du 1er novembre 2016 au 31 mars 2017). Elle demande la rectification formelle de la décision entreprise, dans ce sens. Les explications de l'intimée sont convaincantes et, sur ce point, conformes aux prétentions effectives du recourant - pour la seule période concernée ici (1er octobre 2016 – 31 mars 2017) -, les IJ octroyées ne sont pas litigieuses, sous réserve de la remarque de l'intimée – non contestée par le recourant – selon laquelle le mois d'octobre 2016 a initialement été, par erreur, indemnisé à 80 % au lieu de 50 %, le reste de la période, soit de novembre 2016 à mars 2017 l'ayant été au taux de 50 %. S'agissant du mois d'octobre 2016, l'intimée ne prend pas de conclusion tendant à la restitution du trop versé (30 % pour octobre 2016). Bien que la chambre de céans ne soit pas liée par les conclusions des parties et que la loi l'autorise à réformer la décision attaquée au détriment ou à l'avantage du recourant [en lui accordant plus que demandé], en donnant toutefois aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours (art. 61 let. d LPGA), la chambre de céans s'en tiendra dans le cas d'espèce à la rectification formelle du ch. 2 du dispositif de la décision entreprise, en renonçant à réformer celle-ci au détriment du recourant.

7. 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).

8. 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.

9. 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).

10. 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).

11. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

12. 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).

    a. 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).

    b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

13. 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).

    La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

14. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé

ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

15. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

16. 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 (Cst - RS 101; 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).

17. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des IJ et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres

prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

18. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est

prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

Depuis le 1er janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et à CHF 406.- par jour. Entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2015, il était de CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA - RS 832.202).

19. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

    L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique**,** mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas

où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230).

Il n'est pas exclu que l'indemnité dépasse les 100 % selon l'évaluation du médecin. Dans ces cas, elle sera ramenée à 100 % conformément à l'art. 25 al. 1 LAA et l'art. 36 al. 3 OLAA. En effet, indépendamment du nombre de dommages à prendre en compte, des événements assurés impliqués et de la question de savoir si une partie de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a déjà été versée, il faut limiter à 100 % l'ensemble de l'atteinte à l'intégrité donnant droit à une indemnité en vertu du principe selon lequel les assureurs LAA, tous ensemble, ne peuvent pas verser à une personne assurée, durant sa vie, des indemnités pour atteinte à l'intégrité de plus de 100 % (arrêt du Tribunal fédéral 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6.3; Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, op. cit., p. 210).

20. À teneur de l'art. 36 al. 2 1ère phrase LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident.

Cette disposition légale repose sur l'idée qu'une atteinte à la santé peut ne pas avoir été causée uniquement par un accident mais conjointement à d'autres facteurs étrangers à celui-ci, alors que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents. L'art. 36 al. 2 LAA trouve application lorsque l'accident et l'événement non assuré ont causé conjointement une atteinte à la santé et si les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable lorsque les facteurs déclenchants ont causé des dommages sans influence réciproque, par exemple lorsque l'accident et l'événement non assuré concernent des parties du corps différentes et qu'ainsi les troubles ne coïncident pas. Dans un tel cas, les conséquences de l'accident assuré sont à évaluer pour elles-mêmes (ATF 126 V 116 consid. 3b; ATF 121 V 326 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 4.2).

À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'art. 36 al. 2 LAA ne changeait rien à l'exigence de la causalité adéquate. La réduction des prestations en application de cette disposition présuppose l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 121 V 326; ATF 115 V 413 consid. 12c/bb). En revanche, l'art. 36 al. 2 LAA limite l'application du principe de la causalité en ce sens seulement qu'un état de santé préexistant, qui n'a jamais eu d'influence sur la capacité de travail, ne saurait être pris en considération afin de justifier la réduction des prestations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/03 du 18 décembre 2003 consid. 4.2).

21. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

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

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

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à

éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

23. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

24. En l'espèce, la décision entreprise est essentiellement fondée sur les conclusions de l'expert G_____, médecin indépendant mandaté par l'intimée pour une première expertise, dans un premier temps, et un complément dans un second temps, dans le

cadre de l'instruction de l'opposition de l'assuré à la décision de l'assurance-accidents de mettre fin à ses prestations au 31 octobre 2016. Le recourant conteste la valeur probante desdits rapports, y voyant des contradictions, des incohérences et des lacunes. Il y a dès lors lieu d'examiner la pertinence de l'argumentation du recourant, en d'autres termes de déterminer si les avis et conclusions de l'expert peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens des exigences jurisprudentielles rappelées précédemment.

a. La chambre de céans constate tout d'abord que sur le plan formel, les rapports du Dr G_____ des 22 mars 2017 et 12 septembre 2017 répondent aux exigences posées par la jurisprudence pour que l'on puisse leur accorder une pleine valeur probante : ces expertises ont été conduites par un médecin indépendant, spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier; l'expert a personnellement examiné l'assuré préalablement à l'établissement de ses rapports; il y a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'expertisé et ses propres constatations lors d'examens cliniques très complets. Il a énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées, après avoir examiné et discuté tous les aspects litigieux relatifs aux atteintes existantes à l'état de santé de l'assuré, et à leurs conséquences sur les prestations en lien avec l'assurance-accidents (lien de causalité, CT, restrictions, stabilisation de l'état de santé, atteinte à l'intégrité) aboutissant à des conclusions claires, exemptes de contradictions.

b. Au printemps 2017, lors de son premier examen, l'expert a conclu (rapport d'expertise du 22 mars 2017) que le lien de causalité naturelle entre l'état actuel de la jambe gauche et l'accident du 1er juillet 2016 était hautement vraisemblable et certain. L'assuré avait subi une aggravation déterminante et les statu quo ante et sine ne seraient plus jamais atteints. Ce nonobstant, il estimait une reprise de travail à 75 % dès le 1er avril 2017, puis de 100 % dès le 1er juillet 2017. Un travail en position principalement assise serait en revanche immédiatement exigible. L'état de santé n'était actuellement pas encore complètement stabilisé. Il s'agissait d'optimiser le traitement de physiothérapie en cours (une séance de physiothérapie hebdomadaire) jusqu'à la fin de l'année 2017 en insistant sur la tonification et la proprioception, assortie d'un programme d'exercices à domicile (vélo d'appartement…) et de stretching des ischiojambiers. Il n'était pas exclu que les sensations d'appréhension, de tension et de faiblesse disparaissent complètement d'ici à l'année prochaine. Il était peu probable qu'un traitement soit nécessaire au-delà de l'année en cours. S'agissant de l'IPAI, l'expert considérait que le cas n'était pas encore stabilisé, et que les mesures de reconditionnement préconisées permettraient probablement d'améliorer significativement l'état de santé. Les séquelles définitives de ce type de lésions étaient généralement très modestes, correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité situé entre 0 et 5 % au maximum, selon la LAA.

S'agissant des plaintes du patient, l'expert retenait : sensation d'insécurité dans les déplacements de sorte qu'il marchait précautionneusement avec peur de chuter; quand il se déplaçait dans son magasin, il se tenait souvent aux meubles, utilisait la rampe dans les escaliers : après quelques « centaines » (sic !) de marches, il était fatigué, surtout en montée; par moments, impression de traîner son MIG et de ne pas le contrôler complètement; avait abandonné ses activités sportives, notamment la marche; évitait de s'engager en terrain inégal; en position debout prolongée il avait souvent l'impression que son genou gauche partait en arrière; sensation d'appréhension, mais sans lâchages ni chutes; station assise non limitée ni particulièrement pénible; préférait cependant alterner les positions assise et debout; état de fatigue globale permanente; impression que l'état de son MIG lui « drainait ses forces »; la tension soutenue qu'il développait à la marche le fatiguait énormément; douleurs épisodiques migrantes du MIG, mais également du MID, pouvant survenir n'importe quand, puis disparaître complètement; fréquente sensation de serrement et de tension dans les deux MI, mais pas de façon plus marquée à gauche qu'à droite. Épisode de sensation de raideur migrante de toutes les articulations y compris la colonne cervicale. À la demande, l'expertisé ne décrivait pas de véritables douleurs au niveau de la cuisse gauche, mais plutôt une sensation de gêne et de mal-être; impression que son état restait stationnaire depuis l'automne 2016, sans amélioration significative de ses sensations d'insécurité et de faiblesse. L'assuré avait conclu qu'il était atteint de séquelles irréversibles à vie. Il s'estimait incapable de reprendre son travail à temps complet avec le même rythme qu'avant l'accident, principalement en raison de son état de fatigabilité accrue. Souvent il n'avait même plus la force de répondre à ses clients. Il se sentirait apte à reprendre une activité adaptée, principalement en position assise, à temps complet, mais déclarait qu'une reconversion professionnelle était impossible à son âge et qu'une activité principalement assise n'était pas dans son caractère. Il n'envisageait pas forcément de prendre sa retraite à l'âge légal de 65 ans, d'autant plus que son père avait travaillé jusqu'à 85 ans. L'expert avait procédé à un examen très complet, consignant ses constatations sous « status ».

En réponse aux questions posées, le Dr G_____ a notamment motivé les conclusions évoquées ci-dessus : s'agissant du lien de causalité naturelle (hautement vraisemblable, voire certain), l'action vulnérante était tout à fait propre à entraîner une rupture de l'un des quatre faisceaux du quadriceps gauche; la présence d'une rétraction et d'un hématome objectivé aux échographies et à l'IRM, prouvait le caractère traumatique clair de la lésion. Les troubles actuels de la cuisse gauche étaient uniquement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 1er juillet 2016; état antérieur probablement normal, en l'absence de signes de myosite et en présence d'un aspect symétrique de tous les autres muscles des deux cuisses. La rupture isolée du droit antérieur, subtotale, était une aggravation déterminante de l'état normal avec perte fonctionnelle définitive, mais isolée de ce muscle. Dès lors, les statu quo ante et sine ne seraient plus jamais atteints. Au-delà de six mois depuis la date de l'accident, on aurait pu s'attendre à une reprise de travail complète.

Malheureusement, le traitement était principalement axé sur du ménagement et du massage, ayant entraîné un déconditionnement et entretenu un sentiment d'insécurité qui devait normalement être surmonté au jour de l'expertise. L'évolution serait favorable si l'on encourageait le patient à reprendre confiance en lui et à entreprendre de véritables exercices personnels de reconditionnement. À partir du 1er avril 2017, une reprise du travail à 75 % devait être exigible, puis à 100 % à partir du 1er juillet 2017 (à une année du traumatisme). Rien ne s'opposait ensuite à ce qu'il puisse travailler à temps complet, même jusqu'à un âge avancé « comme son père ». Sur le plan théorique naturellement, il pourrait également reprendre n'importe quelle autre activité professionnelle en position semi-assise, sans longs déplacements ni manutention lourde; travail en position principalement assise exigible à 100 % dès le jour de l'expertise. L'état de santé n'était actuellement pas encore complètement stabilisé : il s'agissait d'optimiser le traitement de physiothérapie en cours, en insistant sur le reconditionnement sportif et les exercices à domicile Il n'était pas exclu que les sensations d'appréhension, de tension et de faiblesse disparaissent complètement d'ici à l'année suivante. Il préconisait la poursuite d'une séance de physiothérapie hebdomadaire jusqu'à la fin de l'année 2017. S'agissant de l'éventuelle IPAI : cas pas encore stabilisé, en ce sens que les mesures de reconditionnement préconisées permettraient probablement d'améliorer significativement l'état de santé. Il relevait toutefois d'ores et déjà que les séquelles définitives de ce type de lésions étaient généralement très modestes, correspondant à un taux d'IPAI, entre 0 et 5 % au maximum, selon la LAA.

c. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 12 septembre 2017, après avoir rappelé les diagnostics retenus lors de l'expertise initiale (rapport du 9 mars 2017), il a retenu les diagnostics suivants : sp contusion lombo-sacrée simple le 16 mai 2017, sp rupture myotendineuse du droit antérieur de la cuisse gauche le 1er juillet 2016, traitée conservativement avec un bon résultat anatomique et fonctionnel, canal lombaire étroit dégénératif prédominant en L4-L5 avec probable claudication neurogène fonctionnelle, polyneuropathie sensitive des MI, obésité, il a conclu en substance que les accidents des 1er juillet 2016 et 16 mai 2017 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'atteinte constatée à l'état de santé; quant à la CT, en ne considérant que les limitations dues aux accidents, les séquelles minimes, notamment de l'accident de 2016, ne jouaient (plus) aucun rôle dans la limitation de la CT, celle-ci devant être rattachée aux troubles fonctionnels du canal lombaire étroit dégénératif. Compte tenu de la stabilisation de l'état de santé pour les seules suites des accidents, un traitement médical n'était plus nécessaire. Compte tenu de la bonne récupération anatomique et fonctionnelle du quadriceps gauche depuis la première expertise, le taux d'une IPAI ne pourrait pas atteindre le minimum de 5 % requis par la LAA. En l'absence de CT en relation avec l'accident du 1er juillet 2016, la question du droit éventuel à une rente ne se posait pas.

Répondant à toutes les questions posées, il a retenu en substance que les accidents des 1er juillet 2016 et 16 mai 2017 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec

l'atteinte constatée à l'état de santé : la déchirure musculaire de l'un des 4 anneaux du quadriceps gauche (1er juillet 2016) avait guéri avec une excellente récupération anatomique et fonctionnelle; la contusion lombo-sacrée du 16 mai 2017 n'avait entraîné aucune lésion anatomique traumatique; ce type de contusion guérissait d'ailleurs sans séquelles en moins d'un mois dans l'immense majorité des cas. Facteurs étrangers aux accidents : troubles dégénératifs étagés de la colonne lombaire avec discarthrose rétrécissant le canal lombaire en L4-L5 avec des radiculopathies irritatives et probablement une claudication neurogène fonctionnelle. L'anamnèse du neurologue (Dr H_____) précisait que le patient présentait déjà un état pathologique antérieur avec notion de plusieurs chutes dont celle du 16 mai 2017 avec contusion lombo-sacrée qui avait réactivé les plaintes. En d'autres termes, le patient présentait certainement un canal lombaire étroit depuis plusieurs années pouvant expliquer la totalité des troubles fonctionnels des MI. Avec la bonne guérison de la déchirure musculaire (1er juillet 2016) et la guérison sans séquelles objectivables de la contusion (16 mai 2017), on pouvait considérer que l'état actuel n'était plus en relation avec les accidents, mais avec les comorbidités notamment le canal lombaire étroit. L'accident du 16 mai 2017 était une simple contusion qui avait dû guérir sans séquelles en moins d'un mois, de sorte que le *statu quo sine* avait dû être trouvé au plus tard à cette échéance. En revanche, le *statu quo sine* de l'accident du 1er juillet 2016 n'était pas encore retrouvé en raison de la persistance d'une irrégularité du galbe musculaire du quadriceps gauche, cependant sans répercussion fonctionnelle et sans diminution objectivable de la trophicité globale du quadriceps gauche par rapport au droit. Il s'agissait là de séquelles minimes. S'agissant de la CT, en ne considérant que les limitations dues aux accidents, il fallait admettre que les séquelles minimes notamment de l'accident de 2016 ne jouaient plus aucun rôle dans la limitation de la CT. Ces limitations devaient être rattachées aux troubles fonctionnels du canal lombaire étroit dégénératif. Compte tenu de la stabilisation de l'état de santé pour les seules suites des accidents, un traitement médical n'était plus nécessaire; compte tenu de la bonne récupération anatomique et fonctionnelle du quadriceps gauche depuis la première expertise, le taux d'atteinte IPAI ne pourrait pas atteindre le minimum de 5 % requis par la LAA.

d. Le recourant voit tout d'abord une contradiction dans le fait que l'expert, dans son premier rapport – 22 mars 2017 – avait admis un lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé (MIG) et l'accident du 1er juillet 2016, puis ne le retenait plus dans son rapport du 12 septembre 2017 au motif que l'état actuel n'était plus en lien avec les accidents (1er juillet 2016 et 16 mai 2017), mais avec les comorbidités, notamment le canal lombaire étroit. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas de contradiction entre le premier et le second rapport de l'expert sur ce point. Dans un premier temps, l'expert a en effet reconnu le lien de causalité naturelle entre l'état du MIG et l'accident du 1er juillet 2016, ce sur quoi s'accordent d'ailleurs tous les médecins qui ont eu à connaître de cette problématique. L'expert indiquait dans ce premier rapport que l'état antérieur était probablement normal, et

que la rupture, du (muscle) droit antérieur, subtotale, constituait certes une aggravation déterminante de l'état normal avec perte fonctionnelle définitive, mais isolée de ce muscle (qui n'est que l'un des quatre muscles composant le quadriceps) de sorte qu'en tant que tel - limité au muscle concerné - les statu quo ante ou sine ne seraient jamais plus atteints. Il avait toutefois relevé que si une incapacité de travail totale pendant trois mois, puis partielle pendant une nouvelle période de trois mois était admissible compte tenu de la lésion et de la profession du patient qui se déroule sur deux étages, au-delà de six mois depuis la date de l'accident, on aurait pu s'attendre à une reprise du travail à temps complet. Il regrettait à cet égard que son traitement ait été jusqu'alors, malheureusement, principalement axé sur du ménagement et du massage, ce qui avait entraîné un déconditionnement et entretenu un sentiment d'insécurité qui devrait normalement être, aujourd'hui (en mars 2017), surmonté. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il était d'avis de poursuivre une séance de physiothérapie hebdomadaire jusqu'à la fin de l'année 2017 en insistant sur le reconditionnement sportif et les exercices à domicile. Il expliquait déjà dans ce premier rapport que les mesures de reconditionnement préconisées permettraient probablement d'améliorer significativement l'état de santé, si en plus le patient était encouragé à reprendre confiance en lui et à entreprendre de véritables exercices personnels de reconditionnement. Dans son second rapport, du 12 septembre 2017, l'expert, se prononçant d'ailleurs tant sur la question de l'accident du 1er juillet 2016 que sur la nouvelle chute du 16 mai 2017, ne revenait pas sur le principe de la causalité naturelle retenue précédemment, mais indiquait qu'en septembre 2017, respectivement au jour de son examen (24 août 2017) les accidents susmentionnés n'étaient plus (*c'est le soussigné qui souligne*) en lien de causalité naturelle avec l'atteinte constatée à l'état de santé. Il a expliqué sa position de façon motivée, en observant que la déchirure musculaire de l'un des quatre faisceaux du quadriceps gauche (accident du 1er juillet 2016) avait guéri avec une excellente récupération anatomique et fonctionnelle d'une part, et que la contusion lombo-sacrée et/ou des fesses (accident du 16 mai 2017) n'avait entraîné aucune lésion anatomique traumatique. Il observait que ce type de contusion guérissait d'ailleurs sans séquelles en moins d'un mois, dans l'immense majorité des cas. De fait, et comme l'a relevé l'intimée, la nouvelle chute, traitée dans un dossier de sinistre distinct, avait été liquidée par une décision en force. L'expert expliquait toutefois la persistance des douleurs et la faiblesse ressentie au membre inférieur gauche, en rattachant désormais les limitations existantes aux troubles fonctionnels de son canal lombaire étroit dégénératif, entre-temps mis en évidence par les examens auxquels le Dr H_____ avait procédé (rapport du 26 juillet 2017). On retiendra à cet égard que les conclusions de l'expert sont convaincantes, corroborant le rapport très complet et détaillé du Dr H_____, qui ne convenait manifestement pas au recourant, faute d'aller dans son sens : entendu par la chambre de céans, il a en effet objecté (parlant de ce neurologue) « … j'ai de fait rencontré quelques difficultés avec lui par rapport à son approche. Je lui ai également reproché un certain nombre d'erreurs. Je précise encore que s'il est exact que le Dr H_____ préconise un suivi

psychiatrique au dernier paragraphe utile de son rapport, cela n'a strictement rien à voir avec mon accident ». Force est de constater que le recourant n'a pas pour autant énoncé les erreurs prétendues auxquelles il faisait référence; ses autres médecins non plus. Et la lecture du rapport du Dr H_____ ne laisse planer aucun doute sur la relation qu'il fait, au sujet des conséquences de l'accident du 1er juillet 2016, entre ses constatations objectives, les plaintes subjectives du patient et sa recommandation d'un suivi psychiatrique. C'est en d'autres termes arriver aux mêmes conclusions que celles auxquelles parvenait déjà le Dr D_____ dans son appréciation du 14 novembre 2016 (voir ch. 8 en fait : sur le plan traumatique la situation semblait stabilisée, sans douleur; le problème devenait psychologique).

La chambre de céans regrette, à l'instar du Dr G_____, que certains des médecins consultés par le recourant, soit principalement son généraliste traitant, aient entretenu chez le patient le sentiment que l'atteinte musculaire provoquée par la chute du 1er juillet 2016 aurait des conséquences à vie, et qu'il ne pourrait plus jamais récupérer son état antérieur (voir à ce sujet le rapport d'entretien du 1er novembre 2016 entre le gestionnaire de sinistres et l'assuré – ci-dessus en fait ad ch. 7), le Dr B_____ l'encourageant d'ailleurs à faire valoir des prétentions manifestement excessives à l'égard de l'assurance-accidents : par rapport au versement des indemnités journalières pour une durée indéterminée, en entretenant chez le patient l'idée qu'il y avait un droit inconditionnel, évoquant le cas d'autres de ses patients, assurés quant à eux par la CNA, et qui auraient bénéficié d'arrêts accident pendant près de deux ans, pour de mêmes lésions, avant stabilisation de leur situation. Et ensuite, en allant dans le même sens en ce qui concerne l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité - qu'il a chiffrée à 25 % - sans aucune justification; il estimait encore pour la suite, une rente accident à vie correspondant à sa perte effective de gains. On ne peut que constater à cet égard que le généraliste-traitant sortait ainsi manifestement de son domaine de compétence (voir notamment les rapports du Dr B_____ des 16 décembre 2016 et 12 juin 2017, dont les considérations excessives et guère motivées ne sauraient susciter de doute par rapport aux conclusions du Dr G_____).

Les autres médecins consultés, plus modérés que le Dr B_____ dans leurs évaluations médico-théoriques des conséquences de cette rupture musculaire, notamment en termes de récupération fonctionnelle, ont toutefois essentiellement fondé leurs rapports sur les plaintes subjectives du patient, plutôt que sur des constatations objectives. Ainsi, on ne saurait leur accorder une pleine valeur probante, d'autant que, conformément à la jurisprudence citée précédemment, 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.

e. Ses autres contestations sur recours reprennent pour l'essentiel celles qu'il avait déjà soulevées sur opposition (courrier du 16 février 2018), sur lesquelles le

Dr G_____ ainsi que le médecin-conseil de l'intimée avaient déjà eu l'occasion de se prononcer.

Il a produit plusieurs rapports médicaux parmi lesquels : le rapport du Dr F_____ du 16 octobre 2017; - le rapport d'IRM des deux cuisses du 1er février 2018 de la Dresse J_____, FMH en radiologie; - le rapport de test isocinétique de la clinique de la Colline du 24 janvier 2018. Sur la base de ces documents, l'assuré estime que les conclusions du Dr G_____ se fondaient sur des examens ne permettant pas d'objectiver un rétablissement de son état de santé; le rapport d'IRM avait permis de mettre en évidence une lésion quadricipitale gauche, avec rupture complète du droit antérieur, importante atrophie musculaire et persistance d'un hypersignal; le bilan isocinétique avait permis de chiffrer la perte de force du quadriceps : en terme de force, puissance et travail musculaire la comparaison entre les muscles droit et gauche montrait une différence d'environ 50 % en défaveur de la jambe gauche; selon le Dr K_____, le patient, à pratiquement deux ans d'une rupture complète du quadriceps gauche, était encore particulièrement gêné fonctionnellement par cette ancienne lésion et le déficit de force qui lui était associé; il avait des douleurs récurrentes et avait dû limiter de façon importante toutes ses activités de la vie quotidienne. L'assuré en déduisait que l'atteinte à la santé était bien objectivée et que les conclusions de l'expert ne sauraient être retenues. HELSANA était dès lors tenue de verser des IJ pour un taux d'incapacité de travail de 50 % au-delà du 30 mars 2017; l'IPAI devait être fixée à 25 % conformément au rapport du Dr B_____ du 12 juin 2017; HELSANA devrait reprendre l'instruction médicale nécessaire s'agissant de la stabilisation de l'état de santé et octroyer à l'assuré, le cas échéant une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 50 %.

Le Dr F_____ critique par exemple les conclusions de l'expert (expertise complémentaire) en tant qu'il conclut qu'il n'existe plus de répercussion fonctionnelle, et « il (l'expert) [n'] explique absolument (pas) comment il arrive à cette conclusion, …, surtout si l'on considère qu'il n'a vu le patient environ une heure avec un examen clinique que très court, qui n'aurait pas duré plus de cinq minutes selon le patient. Il (l'expert) indique dans le même paragraphe qu'il n'y a pas de diminution objectivable de la trophicité du quadriceps G, alors qu'il n'a fait qu'une seule mesure avec un mètre, ce qui est très imprécis. L'examen le plus fiable qui est utilisé pour les études scientifiques est une IRM des deux cuisses. En pratique, cela n'aurait que peu de sens, puisque même avec une trophicité satisfaisante, cela n'implique pas forcément une récupération fonctionnelle adéquate. Une mesure plus objective serait par exemple un bilan isocinétique qui permette de chiffrer les forces angulaires des articulations » (rapport F_____ du 16 octobre 2017). Le bilan isocinétique et l'IRM des deux cuisses ont été effectués par la suite, sur prescription du Dr K_____. Ce dernier ne fait, lui aussi, que répercuter les plaintes subjectives du patient : il indique avoir vu le patient pour la première fois le 24 janvier 2018, et deux fois par la suite. Le patient l'avait consulté pour les suites de l'accident de juillet 2016, et ayant eu comme conséquence une rupture «

complète » du rectus femoris du quadriceps gauche (à noter que les autres documents médicaux du dossier ainsi que le recours lui-même, ne font état que d'une rupture de deux tiers du muscle concerné, et non pas complète). Le Dr K_____ indique : « depuis lors, il (le patient) décrit une gêne fonctionnelle importante de ce membre inférieur gauche, avec une douleur permanente et un manque de force récurrent ». Il indique avoir fait réaliser un bilan pour réactualiser le dossier. Il avait fait pratiquer une IRM de cette cuisse en date du 1er février 2018 qui avait retrouvé la lésion quadricipitale gauche, avec rupture complète du droit antérieur, et décrit une « importante atrophie musculaire et persistance d'un hypersignal ». La lecture du rapport d'imagerie lui-même (Dresse J_____) est quelque peu différente dans son interprétation : il n'est question que d'atrophie musculaire (le qualificatif d'important n'y figure pas), et quant à l'hypersignal, il est précisé : « persistance d'un discret hypersignal » (c'est le soussigné qui souligne). Ce rapport précise encore : « par rapport au comparatif du 23.12.2016, on note une régression de l'hypersignal, ainsi qu'une atrophie musculaire ». Quant au bilan musculaire isocinétique, le Dr K_____ indique que celui-ci confirme une différence en termes de force, puissance et travail musculaire de l'ordre d'à peu près 50 % en défaveur de la jambe gauche.

L'expert s'est prononcé (courrier du 27 mars 2018) sur les différents rapports médicaux produits dans le cadre de cette contestation : il remarque, par rapport à l'IRM des deux cuisses, et plus particulièrement pour la gauche, qu'on retrouve l'atrophie musculaire du droit antérieur, mais les trois autres tendons du quadriceps sont bien développés; selon lui le radiologue décrit une infiltration des espaces intermusculaires des ischiojambiers, ce qui ne lui semble personnellement pas évident. En revanche, ce qui apparaît de façon très significative est le fait que la masse musculaire globale des deux cuisses est à peine diminuée à gauche par rapport à la droite en raison de l'atrophie d'un des quatre muscles du quadriceps gauche. On peut donc comprendre que le patient ait pu reprendre ses activités sportives. S'agissant de l'examen isocinétique, il indique qu'il contient des incohérences avec notamment des diminutions de la mesure des fonctions musculaires à la face antérieure de la cuisse gauche (côté de la lésion) et de la face postérieure (côté non lésé). Selon lui, la valeur probante de cet examen est hautement douteuse. Quant à la demande IPAI de 25 %, et la rente d'invalidité de 50 %, il les qualifie de grotesques.

De son côté, le Dr D_____, médecin conseil de l'intimée, relève que le courrier du conseil du recourant du 18 avril 2018 n'apporte aucun argument nouveau par rapport à l'expertise du Dr G_____ et à son complément du 27 mars 2018 où l'expert mentionne la différence de diamètre minime entre la masse musculaire des deux cuisses. Il a, en substance, confirmé l'avis de l'expert et sa détermination au sujet des points contestés de son expertise et ses remarques au sujet des documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de ses contestations.

Dans une note complémentaire à la demande de la juriste en charge du dossier dans le cadre du recours, le Dr D_____ a encore pris position au sujet de l'argumentation du recourant et des pièces médicales nouvellement produites, et ainsi sur les éléments suivants : en réponse à la question de savoir si, comme le soutient le Dr F_____ (rapport du 21 septembre 2018), les chutes répétitives sont en rapport avec l'accident du 1er juillet 2016, soit avec la faiblesse musculaire de la jambe gauche, en se référant aux résultats du bilan isocinétique, le médecin-conseil observe que son confrère ne retient comme argument probant qu'une faiblesse du MIG objectivée par un bilan isocinétique. Ce genre de bilan est une simple constatation, à un temps donné, de l'effort que peut ou veut fournir le patient. Son objectivité dépend beaucoup de la volonté du patient à fournir le maximum de puissance lors du test. En revanche, le Dr F_____ ne parle pas du canal lombaire étroit, ni du fait que le neurologue n'a pas objectivé d'atteinte, à l'EMG. Il n'explique pas non plus la différence inexistante de diamètre des deux cuisses, ceci étant un argument objectif probant qui confirme une utilisation symétrique des deux membres inférieurs. Les observations du recourant – qui remarque que le Dr G_____ (rapport du 12 septembre 2017) a exclu le lien de causalité au motif que l'état actuel n'était plus en relation avec les accidents, mais avec les comorbidités notamment le canal lombaire étroit; or, celui-ci peut être asymptomatique (recours page 6 et 7) - ont été soumises au médecin-conseil : le Dr D_____ indique que ceci n'est pas faux, vu l'absence d'atteinte objectivée à l'EMG; mais il observe que cette pathologie est intermittente, au début, et surtout se manifeste lors des mouvements, de sorte que rien n'exclut ce diagnostic. À la question de savoir si l'on peut reprocher à l'expert de ne pas avoir procédé à des investigations complémentaires afin d'exclure tout lien de causalité entre l'état de la jambe gauche et l'accident du 16 mai 2017, le médecin-conseil répond par la négative, car le statut symétrique au niveau des MI et le neurologue excluent une atteinte nerveuse majeure. Le Dr D_____ remarquait que de plus, il y avait déjà eu de nombreuses investigations radiologiques. Quant au grief consistant à reprocher à l'expert de ne pas avoir procédé lui-même à un examen isocinétique ou de ne pas en avoir ordonné un nouveau, le médecin-conseil rappelle que cet examen dépend beaucoup d'un facteur subjectif : la volonté du patient de faire le maximum d'efforts. Dans ce cadre, il n'était pas probant, car en cas d'appréhension d'une douleur, on ne fera pas le maximum. La mesure du diamètre des cuisses était un élément beaucoup plus objectif. Si l'on n'appuie pas sur une jambe, on a rapidement une atrophie. Le médecin-conseil a rappelé, contrairement à ce que soutient le recourant, qu'il n'y a aucune contradiction entre le rapport initial de l'expert et son complément : en effet, il ne faut pas confondre une lésion traumatique qui ne peut pas se cicatriser complètement et la fonction qui en découle. Dans sa première expertise, le Dr G_____ reconnaissait qu'une des quatre parties des muscles quadriceps avait été lésée et ne récupérerait pas complètement. En ce sens, il y aurait une perte fonctionnelle définitive. Cependant, il ne l'évaluait pas complètement puisqu'il estimait que le cas n'était pas stabilisé et qu'avec la

physiothérapie on pouvait encore améliorer ce muscle qui avait été trop longtemps protégé. Dans son second rapport, l'expert notait qu'il n'y avait pas d'atrophie significative, et en conséquence que les séquelles étaient minimes; le lâchage n'était pas un critère objectif ni n'avait été démontré comme étant en relation avec la déchirure musculaire résiduelle du droit antérieur. Enfin, le recourant affirmant (recours page 9) que la faiblesse persistante de la jambe gauche avait été établie, le médecin-conseil a répondu : « probablement oui, mais ceci est une notion subjective. Elle n'a pas été corrélée de manière probante avec les séquelles d'une déchirure très partielle du quadriceps ».

f. S'agissant du refus de l'intimée de poursuivre le versement des indemnités journalières à 50 % au-delà du 30 mars 2017, le recourant reprend ses critiques précédentes : il conteste la valeur probante des rapports d'expertise des 22 mars et 12 septembre 2017, en faisant grief à l'expert d'avoir déclaré qu'il était capable de travailler à 75 % dès le 1er avril 2017, et à 100 % dès le 1er juillet 2017, tout en préconisant un nouveau traitement qui n'avait pas encore débuté lorsqu'il a établi son rapport d'expertise, ce qui excluait toute constatation de son efficacité; il fait encore valoir que l'expert se trompait s'agissant de l'état de la jambe gauche, dans la mesure où un bilan isocinétique démontrait une perte de force de 50 %; enfin l'expert n'avait pas tenu compte du fait que le recourant avait fait trois chutes depuis l'accident du 1er juillet 2016, ce qui rendait hautement vraisemblable la faiblesse de sa jambe gauche et ainsi son impossibilité à travailler à plus de 50 %. Les remarques précédentes ont déjà répondu à cette objection.

g. S'agissant de la question de l'IPAI, les critiques du recourant ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expert. Comme il le relève lui-même, le Dr G_____ a certes relevé dans son rapport d'expertise du 22 mars 2017 que la rupture isolée du droit antérieur, subtotal, était une aggravation déterminante de l'état normal avec perte fonctionnelle définitive - mais isolée - de ce muscle, précisant que le statut quo ante et sine ne serait jamais plus atteint, mais l'expert a en outre précisé dans ce même rapport que le cas n'était pas encore stabilisé (réponse question 8 p. 13 de ce rapport), respectivement « pas encore complètement stabilisé » (réponse question 7 p. 13 de ce rapport). Il avait relevé qu'au-delà de six mois depuis la date de l'accident, on aurait pu s'attendre à une reprise du travail à temps complet, mais malheureusement son traitement était principalement axé sur du ménagement et du massage, ce qui avait entraîné un déconditionnement et entretenu un sentiment d'insécurité qui devrait normalement être aujourd'hui surmonté. L'expert avait indiqué que si l'on encourageait le patient à reprendre confiance en lui et à entreprendre de véritables exercices personnels de reconditionnement, l'évolution devait être favorable; il considérait néanmoins qu'une reprise de travail à 75 % devait (d'ores et déjà) être exigible à partir du 1er avril 2017, puis à 100 % à partir du 1er juillet 2017, à une année du traumatisme, relevant quoi qu'il en soit qu'un travail en position principalement assise serait exigible à 100 % dès la date de son rapport. Il indiquait d'ores et déjà que les

séquelles « définitives » de ce type de lésion étaient généralement très modestes, correspondant à un taux d'IPAI situé entre 0 % et 5 % au maximum. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 12 septembre 2017, et surtout après l'examen du patient du 24 août 2017, et après avoir examiné les rapports médicaux postérieurs à son premier rapport d'expertise, le Dr G_____ est arrivé au constat que la déchirure musculaire du 1er juillet 2016 avait évolué en « bonne guérison » - à quoi il opposait en revanche la « guérison sans séquelles objectivables de la contusion du 16 mai 2017 ». N'en déplaise au recourant, qui persiste à voir des contradictions ou, selon certains de ses médecins, un défaut de motivation de la part de l'expert par rapport au taux inférieur à 5 %, la notion de « bonne guérison », respectivement de « bonne récupération anatomique et fonctionnelle du quadriceps gauche depuis l'expertise [recte : l'examen » du 9 mars 2017], correspond à celle de « séquelles minimes », par rapport à une lésion certes définitive, mais limitée à un seul des quatre muscles composant le quadriceps; d'où la conclusion - que l'on entrevoyait déjà à fin mars 2017 (premier rapport d'expertise) d'une IPAI inférieure à 5 %. On ne saurait suivre le recourant qui conteste l'évaluation de l'expert sur ce point, en lui opposant celle du Dr B_____ (25 %), et celle du Dr F_____ (20 %), lesquelles ne sont nullement motivées, et surtout basées sur les seules plaintes subjectives de leur patient.

h. S'agissant enfin du refus de toute rente d'invalidité selon la LAA, l'expert avait d'ores et déjà conclu dans son premier rapport qu'une CT entière était exigible dans son activité habituelle dès le 1er juillet 2017; et dans son rapport complémentaire, après avoir constaté qu'entre-temps les examens subis par le recourant avaient abouti à l'existence d'un canal étroit, de nature, selon l'expert et le Dr H_____, à expliquer la totalité des troubles fonctionnels de ses membres inférieurs, et à l'examen clinique que l'évolution aboutissait à une bonne guérison, le Dr G_____ arrivait ainsi à la conclusion que l'état actuel n'était plus en relation avec les accidents, mais avec les comorbidités notamment le canal lombaire étroit; ce qui exclut naturellement d'envisager l'octroi d'une rente d'invalidité selon la LAA. On ne saurait suivre le recourant lorsqu'il soutient que l'expert ne pouvait pas à la fois admettre que l'incapacité de travail persistait à six mois de l'accident, préconisant en conséquence un autre traitement et admettre (d'avance) la reprise d'une activité à 100 % dès le 1er juillet 2017, faute d'avoir revu le patient et constater les effets du traitement préconisé sur la CT avant que le recourant n'ait été en mesure de mettre en œuvre le nouveau traitement ainsi conseillé. La chambre de céans observe tout d'abord que l'expert ne préconisait pas en tant que tel un « nouveau » traitement, mais au contraire la poursuite de la physiothérapie, en mettant l'accent sur la tonification et la proprioception assortie d'un programme d'exercices à domicile (vélo d'appartement, etc.) et de stretching des ischiojambiers. L'expert insiste du reste sur la nécessité d'encourager le patient à reprendre confiance en lui (plutôt que d'entretenir chez lui l'idée qu'il avait subi une atteinte à vie, ce qui devait – selon le Dr B_____ - nécessairement entraîner l'octroi d'une rente d'invalidité à vie).

On notera encore que par son comportement, notamment à l'égard de son précédent avocat, le recourant laisse planer un sérieux doute sur l'intensité de ses plaintes : il donne en effet l'impression de rechercher à tout prix l'octroi de prestations de la part de l'assurance-accidents, quelle qu'en soit l'origine; il est en effet apparu lors de son audition par la chambre de céans l'existence d'un autre sinistre en cours, celui-ci relatif à une éventuelle maladie professionnelle, sans relation avec l'accident du 1er juillet 2016. Sur question de l'intimée qui lui demandait, par rapport au 50 % d'incapacité de travail qu'il annonçait, si cette capacité restreinte incluait également la problématique d'un autre sinistre annoncé et en cours, par rapport à une maladie professionnelle, il a confirmé qu'effectivement un cas de maladie professionnelle était en cours auprès de HELSANA accidents. Son conseil, visiblement surpris, avait spontanément déclaré n'être pas au courant de cette procédure. Et le recourant de poursuivre : « En effet, j'avais à l'époque été incité par un médecin que j'avais consulté par rapport à une allergie que je rencontre, dans les mains, lorsque je suis en contact avec des métaux. D'ailleurs, il y a environ trois semaines, le gestionnaire de ce dossier m'a appelé pour me demander ma comptabilité en relation avec cette affaire de maladie professionnelle, pour laquelle aucune décision n'a jamais été rendue (à) ce jour à ma connaissance. …, il est exact qu'en relation avec cette affaire, il fut un temps où je touchais des prestations de l'assurance-invalidité, mais je ne les touche plus car j'ai atteint entre temps l'âge AVS. En définitive, pour répondre à la question de l'intimée, les incidences de la maladie professionnelle sur ma capacité de travail concernaient une période antérieure à 2016, en ce sens qu'à l'époque, j'avais des revenus beaucoup plus importants que maintenant, qui avaient déjà diminué avant 2016 en raison de ma maladie professionnelle, dont les conséquences se poursuivent naturellement depuis mon accident du 1er juillet 2016, avec en plus depuis cette date, les conséquences de cet accident sur mon incapacité de travail ».

Force est de constater que sur recours, l'assuré n'apporte pas d'éléments nouveaux convaincants susceptibles de remettre en cause la pleine valeur probante des rapports d'expertise du Dr G_____, par la démonstration de l'existence d'éléments objectifs que ce dernier aurait ignorés, et suscitant un doute quant à la fiabilité de ses conclusions.

25. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise n'est pas critiquable, de sorte que le recours sera rejeté, des mesures d'instruction complémentaires telles que l'audition du Dr B_____ ou la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avérant inutiles (appréciation anticipée des preuves).

26. 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. Le rejette.
3. Ordonne toutefois, pour une meilleure compréhension de la décision entreprise, la rectification du ch. 2 du dispositif de la décision dans le sens des considérants.
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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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