RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4555/2019 **ATAS/1078/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 22 octobre 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT — recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37, WINTERTHUR, représentée par SWICA assurances SA, boulevard de Grancy 39, LAUSANNE — intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1959, exploite à titre indépendant l'établissement B_____. À ce titre, il est assuré facultativement contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA auprès de SWICA Assurances (ci-après SWICA ou l'intimée).

2. Le 8 août 2017, l'assuré a subi un accident sur son lieu de travail. En voulant ranger une caisse à boissons sur une étagère, il est monté sur un escabeau, a perdu l'équilibre et est tombé, se blessant ainsi à l'épaule droite.

3. Par certificat médical du 22 août 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport, a attesté d'une incapacité de travail à 100% de l'assuré dès le 8 août 2017.

4. Le sinistre a été annoncé à SWICA par déclaration d'accidents LAA du 23 août 2017.

5. Dans un rapport d'arthro-IRM rédigé le 30 août 2017, le docteur D_____ concluait à la désinsertion transversale du tendon subscapulaire prédominant sur ses fibres supérieures, associée à une tendinopathie distale du long biceps subluxé médialement et à une discrète tendinopathie distale du supra-épineux, sans rupture évidente.

6. Le Dr C_____ a indiqué, dans un rapport médical initial LAA du 12 septembre 2020, que l'assuré avait glissé d'un escabeau et qu'il souffrait d'une luxation du biceps et d'une déchirure subtotale du sus-épineux. Il était en incapacité de travail à 100%.

7. L'assuré a subi une opération à l'épaule droite aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) le 30 janvier 2018 (arthroscopie de l'épaule droite, débridement sous-scapulaire et ténodèse infra-pectorale du long chef du biceps).

8. SWICA a mandaté le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, pour expertiser l'assuré.

9. Dans son rapport du 18 juin 2018, le Dr E_____ a indiqué, sous anamnèse professionnelle, que l'assuré s'était installé dès le 1er novembre 2005 comme indépendant. Il gérait une salle de jeux et s'occupait surtout du bar, travaillant comme serveur. Il avait deux employés. Depuis l'événement du 8 août 2017, il avait eu un arrêt travail à 100% qui se poursuivait. Sa fille assumait ses tâches pendant son incapacité. L'expert estimait que l'arrêt de travail de l'assuré était exclusivement lié à l'événement du 8 août 2017. L'état actuel de son épaule droite n'était pas compatible avec le métier de serveur. L'assuré pouvait exercer les tâches administratives de son établissement, mais pas porter des plateaux avec des boissons de plus de 5 kg. L'expert ne connaissait pas exactement le cahier des charges de l'assuré. Ce dernier affirmait qu'il devait fréquemment porter des plateaux lourds de plus de 5 kg. À son avis, l'assuré pouvait exercer, au moins partiellement, ses tâches de patron d'établissement, pour autant qu'elles respectent

les limitations fonctionnelles. Il pouvait exercer à temps complet une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il pouvait exercer une activité sans soulèvement de charge de plus de 5 k, avec le membre supérieur droit sans faire de mouvements répétés de l'épaule droite et devait surtout éviter les mouvements de l'épaule droite au-delà de l'horizontale.

10. Selon un rapport de consultation du 17 juillet 2018 établi par le docteur F_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'évolution de l'état de santé de l'assuré était favorable avec néanmoins des douleurs résiduelles ainsi qu'un manque de force.

11. Le 21 septembre 2018, SWICA a posé au Dr F_____ des questions complémentaires sur la capacité de travail de l'assuré, en lui demandant de tenir compte d'une description du poste de travail qu'elle lui transmettait. À teneur de cette dernière, l'assuré avait indiqué qu'il soulevait et portait très souvent des objets légers de moins de 5 kg jusqu'à la hauteur des reins et qu'il portait également très souvent au-dessus de la poitrine des poids de moins de 5 kg. Il portait parfois des poids de 5 à 10 kg jusqu'à la hauteur des reins et rarement des poids de 10 à 25 kg jusqu'à hauteur des reins et des objets lourds de 25 à 45 kg jusqu'à hauteur des reins.

12. Le 30 octobre 2018, le Dr F_____ a indiqué que le patient présentait une persistance des douleurs à l'effort au niveau de son épaule droite opérée. Il avait repris son travail de barman avec de fortes difficultés, notamment lorsqu'il devait déplacer des meubles, des tabourets et installer sa terrasse ou changer des fûts de bière. Au vu de l'examen clinique, le Dr F_____ suspectait fortement une persistance des lésions du sous-scapulaire. Dans ce contexte, il souhaitait effectuer une arthro IRM dans les meilleurs délais.

13. Dans son rapport du 11 décembre 2018, le Dr F_____ a indiqué que l'IRM ne montrait pas de nouvelles lésions et uniquement une tendinopathie du sus-épineux avec un status post-ténodèse du long chef du biceps dans la norme. Dans ce contexte, il n'y avait pas lieu d'effectuer une nouvelle intervention chirurgicale et il adressait l'assuré à ses collègues de rééducation pour prise en charge de sa tendinopathie de la coiffe avec une rééducation ciblée. Concernant son travail, l'assuré était toujours dans l'incapacité de l'effectuer correctement à 100%. Dans ce contexte, sa capacité de travail était de 25%, avec une limitation des ports de charges et des travaux nécessitant l'utilisation des membres supérieurs au-delà des épaules.

14. Le docteur G_____, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a établi plusieurs arrêts de travail pour l'assuré (les 7 janvier, 7 mars, 8 avril, 16 mai et 20 juin 2019) constatant une incapacité de travail à 75% du 10 janvier 2019 au 30 juin 2019.

15. SWICA a mandaté le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour effectuer une nouvelle expertise de

l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 19 mars 2019, le Dr H_____ a mentionné, sous anamnèse professionnelle, que l'assuré était tenancier d'une salle de jeux depuis le 1er novembre 2005, qu'il se plaignait de ne pas avoir de force dans l'épaule droite, ayant de la peine à ouvrir un bouchon de bouteille de Coca-Cola. L'expert a retenu les diagnostics suivants en lien de causalité avec l'événement du 8 août 2017 :

- désinsertion de fibres supérieures du tendon sous-scapulaire droit, le 8 août 2017 ;
- status post débridement du tendon sous-scapulaire droit sous arthroscopie, le 30 janvier 2018 ;

et les diagnostics suivants sans lien de causalité naturelle avec l'événement :

- baisse de force du membre supérieur gauche dans les suites d'un traumatisme de l'enfance ;
- scoliose non équilibrée thoracique sinistro-convexe avec une contre-courbure thoraco-cervicale ;
- tabagisme de 92 à 110 UPA ;
- tendinopathie chronique du sus-épineux et du long chef du biceps droits ;
- lésion dégénérative du labrum glénoïdal droit ;
- status post débridement sous arthroscopie du tendon du sus-épineux, ténotomie et ténodèse du long chef du biceps droits le 30 janvier 2018 ;
- pathologie radiculaire ou radiculo-médullaire rachidienne dans le cadre de la scoliose.

Il existait par ailleurs un quadruple état antérieur :

Il était, d'une part, défini par une baisse de force du membre supérieur gauche que l'assuré mettait en relation avec un accident survenu dans l'enfance. Une « fracture » avait été décelée, traitée par « bandage » sans intervention d'un médecin. Aucun diagnostic n'était connu. Depuis lors, l'assuré comptait essentiellement sur son membre dominant, droit, pour effectuer les travaux de force.

Il s'y associait un tabagisme sévère de 92 à 110 UPA.

L'analyse lésionnelle montrait la présence d'une tendinopathie chronique du sus-épineux et du long chef du biceps droits avec une lésion dégénérative du labrum glénoïdal droit.

Il existait enfin une longue scoliose non équilibrée thoracique sinistro-convexe avec une contrecourbure thoraco-cervicale avec présence d'une pathologie radiculaire ou radiculo-médullaire rachidienne.

Les lésions traumatiques de l'épaule droite étaient modestes et guéries. En effet, elles n'avaient bénéficié que d'un simple débridement chirurgical. Il n'avait été effectué aucune réinsertion du tendon sous-scapulaire, ce que montrait également la mobilisation de l'épaule droite autorisée dès le premier jour post-opératoire sous couvert d'un simple polysling, à savoir une écharpe.

Il n'existait aucune aggravation de l'état de santé antérieur. Au contraire, la pathologie maladie chronique du long chef du biceps bénéficiait de la chirurgie. Le membre supérieur gauche n'était pas concerné par l'événement du 8 août 2017, ni, bien entendu, le tabagisme. La scoliose n'était pas modifiée par le traumatisme de l'épaule droit. L'examen clinique et paraclinique montrait l'absence de complication immédiate, mais également secondaire, tout comme à distance. En particulier, la ténodèse du long chef du biceps restait efficace. La guérison des lésions en lien de causalité naturelle avec l'événement du 8 août 2017 était effective au 30 avril 2018. On relevait que même si la lésion du tendon du sus-épineux comme celle du long chef du biceps étaient retenues dans le cadre de la causalité naturelle, la date de fin d'application des lésions aurait été identique.

La description du poste de travail était celle de tenancier de salle de jeux. La direction du personnel occupait de 34 à 66 % du temps de travail de l'assuré. Il était également indiqué que le travail se faisait en équipe avec l'aide de trois collaborateurs. Selon le descriptif du poste de travail, le port de charges pouvait être attribué au personnel de l'assuré. Dans ces conditions et en considérant le cadre assécurologique imposé, la capacité travail de l'assuré dans sa profession habituelle était entière depuis le 30 avril 2018. À partir de cette date, la capacité travail était à mettre en relation avec la pathologie rachidienne maladive. La capacité de travail de l'assuré dans son activité professionnelle de tenancier d'une salle de jeux, en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant, était pleine et entière dès le 1er mai 2018.

16. Par décision du 27 juin 2019, SWICA a mis fin au versement à l'assuré de ses prestations avec effet au 30 avril 2018. Compte tenu du déroulement de l'événement assuré, elle avait dû procéder à des investigations complémentaires qui étaient maintenant achevées. C'était la raison pour laquelle l'assuré avait été examiné par le Dr H_____ le 1er mars 2019. L'événement du 8 août 2017, tout comme celui d'avril 2018, n'avait pas entraîné d'aggravation de l'état antérieur présenté à l'épaule droite. Ainsi, les troubles qu'il présentait actuellement à cette épaule découlaient de son état antérieur maladif. Les conditions lui donnant droit à d'autres traitements médicaux et aux indemnités journalières n'étaient plus remplies dès le 1er mai 2019. SWICA renonçait à demander la restitution des prestations de soins alloués au 28 mai 2019 au-delà du 30 avril 2018. Les factures qui lui parviendraient à l'avenir pour des traitements ultérieurs au 30 avril 2018 lui seraient retournées. L'indemnité journalière LAA lui avait été allouée jusqu'au 31 mai 2019. L'incapacité de travail qui continuait à être attestée au-delà du 31 mai 2019 devait être annoncée à l'assurance maladie pour la perte de gain.

17. Le 31 juillet 2019, l'assuré, représenté par un mandataire, a formé opposition contre la décision de SWICA du 27 juin 2019.

18. Le 21 octobre 2019, le Dr G_____ a établi un arrêt de travail pour l'assuré de 75% du 1er juillet au 21 octobre 2019, avec une date de reprise du travail à 100% au 22 octobre 2019.

19. Par décision sur opposition du 11 novembre 2019, SWICA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 27 juin 2019. Le fait que les deux experts ne parvenaient pas à la même conclusion ne permettait pas de dénier une valeur probante à la seconde. Le premier expert avait estimé que l'arrêt de travail de l'assuré était lié exclusivement à l'événement en cause. L'état actuel de l'épaule droite n'était pas compatible avec le métier de serveur. Il ressortait du descriptif du poste de travail que l'assuré ne soulevait et ne portait que parfois des charges supérieures à 5 kg. Par ailleurs, il n'avait aucun travail avec les bras au-dessus de la tête. Le premier expert ne connaissait pas le cahier des charges et avait fait confiance aux dires de l'assuré à ce sujet. En revanche, le second expert était en possession de toute la documentation lors de la rédaction de son expertise. Partant, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée convaincante du Dr H_____ et c'était à bon droit que SWICA avait refusé ses prestations au-delà du 30 avril 2018, respectivement du 28 mai 2019.

20. Par acte du 10 décembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de SWICA du 11 novembre 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à l'annulation de la décision, à l'octroi des prestations de l'assureur-accidents, en particulier de l'indemnité journalière LAA, jusqu'au 22 octobre 2019, et au versement d'une indemnité équitable comme participation aux frais de son conseil. Il alléguait notamment que le Dr E_____, mandaté par SWICA comme expert, avait estimé que ses lésions étaient en lien de causalité probable avec l'accident, tout en estimant une stabilisation de son état de santé envisageable à six mois. N'étant pas satisfaite par cette constatation, SWICA avait mandaté un autre expert, le Dr H_____, aux fins de conclure à l'absence de tout rapport de causalité. Il n'était pas admissible que l'assureur change d'expert, si celui qu'il avait choisi et rémunéré rendait une expertise ne correspondant pas à son intérêt. En effet, l'expert était réputé jouir d'une indépendance (bien que douteuse) à l'égard du mandant-assureur. Le recourant ne voyait pas pourquoi l'assureur ne s'était pas adressé à nouveau au Dr E_____, sans indiquer de raison et n'évoquant même pas l'expertise de celui-ci dans sa décision du 27 juin 2019. C'était de manière arbitraire que l'intimée avait estimé que le Dr E_____ avait procédé à son expertise sans connaître le cahier des charges du recourant. Ce dernier n'exerçait en effet que peu de tâches administratives dans son établissement. Il devait souvent effectuer des ports de charges et plus de 5 kg. Par contre, selon SWICA, le Dr H_____ aurait été parfaitement au courant de l'activité professionnelle du recourant. Selon l'expertise du Dr H_____, qui était loin d'emporter conviction, les lésions du recourant étaient sans lien de causalité avec l'accident, mais

résulteraient de problèmes de consommation excessive de tabac et de la dégradation de l'état de santé en raison de l'âge. Il n'y avait pas de lien de causalité, même pour la période antérieure à l'expertise du Dr E_____. Cette expertise, qui entrait en contradiction avec celle du Dr E_____, était manifestement faite pour les besoins de la cause. Dès lors, elle devait être écartée, étant dénuée de valeur probante. L'incapacité de travail en raison de l'accident avait pris fin le 22 octobre 2019, selon le certificat médical du Dr G_____, et non pas au 1er juin 2019, comme l'avait considéré à tort l'intimée.

21. Dans sa réponse du 3 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le fait que le Dr H_____ ne soit pas parvenu aux mêmes conclusions que le Dr E_____ n'était pas un motif pour dénier une valeur probante à son rapport. Celui-ci remplissait tous les critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante. En effet, après avoir pris connaissance du dossier du recourant, l'avoir personnellement examiné et écouté ses plaintes, l'expert avait longuement motivé ses conclusions. Si les experts divergeaient sur la date de stabilisation des lésions en lien de causalité avec l'événement, ils parvenaient tous les deux à la conclusion que le recourant pouvait exercer une activité complète en juin 2018. Or, les indemnités journalières avaient été versées à tort jusqu'au 31 mai 2019. Le Dr E_____ avait estimé qu'une stabilisation du cas pouvait être attendue à six mois de l'intervention chirurgicale du 30 janvier 2018, soit au 30 juillet 2018. Le Dr H_____ avait admis que la guérison des lésions en lien de causalité naturelle avec l'événement était effective au 30 avril 2018. Il avait clairement démontré qu'il existait une affection de la santé préexistante. Le Dr E_____ ne connaissait pas le cahier des charges du recourant et avait fait confiance à ses dires pour prendre ses conclusions. Le Dr H_____ était quant à lui en possession du descriptif du poste de travail du recourant lors de la rédaction de son rapport d'expertise. Il ressortait de ce descriptif que le recourant ne soulevait et ne portait que parfois des charges supérieures à 5 kg et qu'il ne faisait aucun travail avec les bras au-dessus de la tête. Partant, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée et convaincante du Dr H_____ et c'était à bon droit que SWICA avait refusé de prendre en charge les prestations pour soins au-delà du 30 avril 2018, respectivement du 28 mai 2019.

22. Le 25 février 2020, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours.

23. Lors d'une audience du 2 septembre 2020 :

    a. Le recourant a déclaré à la chambre de céans : « Avant l'accident, mon rôle dans la salle de jeux était de travailler, faire des rangements, les commissions, servir, changer les fûts de bière. Un fût de bière pèse 20 kg. Je le faisais trois ou quatre fois par jour. J'avais deux employées le soir. Elles ne s'occupaient pas du changement des fûts. Quand il y avait du monde, je donnais un coup de main pour le service. J'étais seul à faire les courses à Aligro. Je portais des choses relativement lourdes, des caisses avec plusieurs bouteilles, de l'ordre de 30 kg pour les mettre dans la voiture et pour les ranger après. Mon comptable et ma fille s'occupaient de l'aspect

administratif. Je faisais la caisse à la fin de la journée puis je la transmettais à ma fille pour la comptabilité. Je faisais les entretiens d'engagement, mais cela faisait deux ou trois ans que j'avais les mêmes employés. Je ne le faisais pas beaucoup. L'essentiel de mon travail était le service. Ce n'était pas une grande entreprise. Je devais travailler aussi. Je ne me souviens pas avoir rempli un descriptif. Il m'arrivait de porter des caisses de boissons d'environ 24 kg au-dessus des épaules, une fois par semaine quand je faisais des commissions. Je devais aussi déplacer les meubles de la terrasse, lever les tabourets pour les mettre sur les tables. J'ai une terrasse de 80 m^2 donc il y a du travail. Il m'arrivait de porter des plateaux avec beaucoup de canettes pleines. Ce n'est pas léger. Le 20 janvier 2018, j'ai été opéré par le Dr F_____. C'est lui qui m'a suivi par la suite. Après, j'ai fait de la physiothérapie. À la fin, j'en ai eu marre de la physiothérapie et j'ai demandé à mon médecin de retravailler. Il fallait que je m'occupe un peu de mon affaire et j'ai recommencé à travailler à 25%. Je voulais être présent, mais pas travailler, car je ne pouvais pas utiliser mon épaule. Je faisais du relationnel avec les clients. Ma fille m'a remplacé avec mon gendre. Le Dr E_____ m'a examiné pendant une heure. Il a bien fait les choses (…). J'ai repris le travail, plus ou moins normalement, cinq mois après la décision de SWICA de cesser ses prestations. J'ai encore mal à l'épaule, mais je m'arrange pour porter les choses plutôt de l'autre côté. Je ne peux plus faire les mêmes activités qu'avant l'accident. Car si je ne fais pas attention, je ne peux plus dormir. Je ne porte plus les fûts de bière comme avant, mais je les tire. J'arrive à faire mon travail en m'organisant différemment. Je viens d'engager une troisième personne, car je n'arrive pas à travailler comme avant. C'est une femme, mais elle est assez robuste (…). De manière générale, j'ai deux ou trois employées dans mon établissement. L'été, on travaille moins. Avant l'accident, j'avais deux employées qui travaillaient le soir et une la journée. C'est un établissement de 200 m^2 plus la terrasse. À l'heure actuelle, j'ai trois employées. Mon nombre d'employés varie en fonction de la situation de l'entreprise (…). Je me suis senti jugé par le deuxième expert. Je ne suis pas d'accord avec ses conclusions sur l'origine de mes douleurs. D'ailleurs un médecin me l'a confirmé. C'était peut-être un neurologue. Je me suis inquiété suite à l'expertise du Dr H_____, car je craignais d'avoir une autre maladie, mais j'ai été rassuré.

b. Le conseil du recourant a indiqué que seule la seconde expertise était contestée, mais pas la première.

c. La représentante de l'intimée a déclaré : « Nous avons demandé la seconde expertise une année après l'opération pour avoir un avis sur l'état de santé actuel du recourant. Ce n'était pas pour avoir une seconde opinion. Nous devions le faire (…). Nous avons payé les frais de guérison jusqu'au 28 mai 2019 et les indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2019 et nous avons renoncé à en demander la restitution. Nous ne demanderons pas le remboursement des frais déjà payés, car nous ne pouvons pas le faire en raison d'une jurisprudence du Tribunal fédéral. »

24. Par arrêt du 30 septembre 2020 (ATAS/822/2020), la chambre de céans a admis le recours et réformé la décision du 11 novembre 2019 en ce sens que le recourant avait droit au versement de l'indemnité journalière jusqu'au 21 octobre 2019.

25. Sur recours de l'intimée, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 7 avril 2021 (8C_686/2020), annulé l'arrêt du 30 septembre 2020 et renvoyé la cause à la chambre de céans pour nouvelle décision, en raison des considérations suivantes :

« *La cour cantonale s'est fondée sur les certificats d'arrêt de travail établis par le docteur G._____ pour reconnaître à l'intimé le droit à l'indemnité journalière jusqu'au 21 octobre 2019, sans toutefois se prononcer sur la question du lien de causalité naturelle, nié par le docteur F._____ dans son rapport d'expertise du 19 mars 2019, entre les affections de l'intimé et son accident au-delà du 30 avril 2018. Dans son rapport, le docteur F._____ a fait état de lésions à l'épaule droite de deux types: des lésions du muscle sous-scapulaire droit en relation de causalité naturelle avec l'accident d'une part, et des lésions du muscle sus-épineux et du labrum de nature dégénérative d'autre part. Il a relevé que les lésions d'origine traumatique étaient guéries et qu'il n'existait aucune aggravation de l'état antérieur. La guérison des lésions en lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 août 2017 était effective au 30 avril 2018 et à compter de cette date, la capacité de travail de l'intimé était à mettre en relation avec sa pathologie rachidienne maladive. Cette appréciation diffère de celle du docteur D._____, qui a indiqué dans son rapport d'expertise du 18 juin 2018 que l'accident du 8 août 2017 était probablement la seule et unique cause des troubles de l'intimé, en niant tout état maladif préexistant et en retenant que son incapacité de travail était exclusivement liée à l'accident. Dans la motivation de leur jugement, les juges cantonaux n'ont pas relevé cette divergence entre les deux experts. En outre, les certificats médicaux du docteur G._____ sur lesquels ils se sont fondés pour admettre le recours de l'intimé n'abordent pas la question déterminante du lien de causalité naturelle au-delà du 30 avril 2018; il s'agit de simples arrêts de travail se limitant à définir le degré de capacité de travail de l'intimé, sans autres précisions et sans égard à la nature et à l'origine de ses troubles. Ce faisant, la juridiction cantonale a perdu de vue qu'il ne convenait pas simplement de déterminer jusqu'à quel moment l'intimé avait été incapable de travailler dans son activité habituelle, mais plus précisément jusqu'à quand son incapacité de travail était due à des lésions en lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 août 2017, la recourante ayant fixé ce moment au 30 avril 2018 sur la base du rapport du docteur F._____.*

3.3. Force est de constater qu'en l'état actuel du dossier, cette question ne peut pas être tranchée. Les deux experts mandatés par la recourante ont en effet des avis divergents. A ce titre et quand bien même le rapport d'expertise du docteur F._____ est plus détaillé que celui du docteur D._____, force est de constater que celui-là n'a pas expliqué pour quel motif il avait retenu le 30 avril 2018 comme date à partir de laquelle les lésions provoquées par l'accident devaient être considérées comme guéries. Dans ces conditions, il apparaît

nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise médicale en vue de trancher la question du lien de causalité naturelle entre les affections de l'intimé et son accident du 8 août 2017 au-delà du 30 avril 2018 et jusqu'au terme de son incapacité de travail, à savoir le 21 octobre 2019. ».

26. Par courrier du 23 septembre 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

27. Dans son écriture du 12 octobre 2021, l'intimée a fait remarquer que le médecin désigné n'était pas un expert certifié SIM. Elle souhaitait par ailleurs lui poser la question suivante :

    Appréciation de la capacité de travail du recourant dans son activité professionnelle de tenancier d'une salle de jeux en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant de 100% ? Degré, durée et pronostics ?

    a) En raison de causes liées à l'accident, lesquelles ?
    b) En raison de causes liées à une maladie, lesquelles ?
    c) Au total ?

    Elle a produit à cet égard une copie du projet de décision de l'office de l'assurance-invalidité lequel estimait que depuis le 1er août 2018 le recourant avait une capacité de travail entière dans son activité habituelle.

28. Le 15 octobre 2021, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'experte ni de questions supplémentaires à lui poser.

EN DROIT

1. Le litige porte sur le droit du recourant au versement de l'indemnité journalière par l'intimée jusqu'au 21 octobre 2019 inclus.

2. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

   b. 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 5.

   c. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

3. 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).

   L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

   Le seul 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

   Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 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 guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

4. 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.

Selon l'art. 16 LAA l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3).

En vertu de l'art. 6 phr. 1 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Est déterminante pour la fixation du degré d'incapacité de travail non l'estimation médico-théorique mais la limitation, dans la profession de l'assuré, résultant réellement de l'empêchement (ATF 111 V 239).

Selon l’art. 6 phr. 2 LPGA, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Le taux d'incapacité de travail s'apprécie alors sur l'ensemble du marché du travail, compte tenu, cas échéant, d'une période d'adaptation. L'assuré qui s'abstient d'utiliser sa capacité résiduelle, alors qu'il a l'obligation d'entreprendre tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui pour atténuer le plus possible les effets de l'atteinte à sa santé, et juger sur l'activité professionnelle qu'il pourrait avoir s'il mettait de la bonne volonté (ATF 115 V 133; RAMA 1987 394).

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

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement

exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêt 8C_861/2008).

5. En l’espèce, en application de l’arrêt du Tribunal fédéral, il se justifie d’ordonner une expertise par un spécialiste en chirurgie orthopédique. La question complémentaire proposée par l’intimée sera ajoutée à la mission d’expertise et complétée pour que l’expert détermine non seulement la capacité de travail dans l’activité habituelle, mais également dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et qu’il précise l’évolution dans le temps de la capacité de travail.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

<u>Préparatoirement</u> :

I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____.

II. La confie au docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, _____, 1227 Les Acacias.

III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.

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

D. Etablir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ?

4.3.1 Si oui, depuis quelle date ?

4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

5. **Causalité**

5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %) ou certain (probabilité de 100 %) ?

5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé

5.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?

5.1.3 Veuillez indiquer la date du *statu quo ante* pour chaque diagnostic posé

5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ?

5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. **Appréciation d'avis médicaux du dossier, en particulier sur la question de savoir jusqu'à quand l'incapacité de travail du recourant était due à des lésions en lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 août 2017.**

6.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ (rapport du 18 juin 2018) ? prière de motiver votre réponse.

6.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ (rapport du 19 mars 2019) ? prière de motiver votre réponse.

7. **Capacité de travail**

Appréciation de la capacité de travail du recourant dans son activité professionnelle de tenancier d'une salle de jeux en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant de 100% et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles une fois l'état de santé stabilisé ? Degré, évolution, durée et pronostics ?

a) En raison de causes liées à l'accident, lesquelles ?

b) En raison de causes liées à une maladie, lesquelles ?

c) Au total ?

8. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles

IV. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

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

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le