RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/592/2020 **ATAS/317/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 8 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, _____, à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUÉ	recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sis Direction générale, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER	intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, a été employé en qualité d'instructeur de fitness au sein de la société C_____SA (ci-après : l'employeur) dès le 1er juillet 2018.

   À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'AXA assurances SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

2. Le 13 juillet 2018, l'assuré a chuté dans les escaliers du studio dans lequel il travaillait.

3. Il a consulté le jour-même la doctoresse D_____, spécialisée en médecine générale, ainsi que le docteur E_____, spécialiste en radiologie.

4. À teneur du rapport de radiographie du genou et de l'épaule gauches établi le 17 juillet 2018, il n'y avait pas de signe de lésion osseuse traumatique au niveau de l'épaule gauche. Les rapports ostéo-articulaires étaient normaux. Une calcification de l'insertion de la coiffe était constatée.

   Le Dr E_____ soupçonnait une fracture non déplacée du pole intérieur de la rotule. Il n'y avait pas d'épanchement articulaire significatif, mais une tuméfaction des parties molles antérieures, et un probable kyste poplité. Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) était souhaitable.

5. Dans le rapport d'échographie de l'épaule gauche établi le même jour, le Dr E_____ a noté que le tendon du long chef du biceps était intègre et en place. Il n'y avait pas d'épanchement significatif dans sa gaine. Il constatait une morphologie normale du tendon sous-scapulaire, un remaniement du tendon du supra-épineux dans sa distalité, associant un aspect et une calcification de 7 mm probablement témoin réparateur de l'ancienne rupture ; une morphologie normale du tendon de l'infra-épineux et du petit rond ; un aspect normal de l'articulation acromio-claviculaire ; un épaississement pariétal de la bourse sous acromio deltoïdienne, hypervascularisé au doppler, avec un épanchement témoignant d'une bursite.

   Le Dr E_____ a conclu à une enthésopathie de l'insertion du supra épineux associée à une calcification tendineuse de 7 mm et une bursite sous acromio deltoïdienne expliquant vraisemblablement la symptomatologie.

6. Le 19 juillet 2018, une IRM du genou gauche de l'assuré a été pratiquée.

   Dans le rapport du même jour, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a noté la présence d'une lame de liquide intra-articulaire et d'un kyste poplité plurilobé de localisation supra-condylienne s'étendant vers le compartiment postéro-interne du genou. Il a conclu à une déchirure partielle de « grade II » au sein de la corne postérieure du ménisque interne ; une chondropathie rotulienne et condylienne surtout interne ; un status post-étirement du ligament croisé antérieur,

une bursite sous le ligament collatéral externe ; et une tendinopathie rotulienne d'étirement associée à une discrète bursite pré-rotulienne.

7. Le 2 août 2018, l'employeur de l'assuré a adressé une déclaration de sinistre à l'assurance, indiquant que l'assuré avait de multiples lésions sur la partie gauche du corps, à la suite d'une chute dans les escaliers du studio.

8. Dans un rapport de consultation du 28 août 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d'entorse grave du genou gauche ; laxité antérieure grade II sur déchirure partielle du ligament croisé antérieur ; laxité postéro-latérale grade II ; laxité latérale grade I ; et laxité postéro-médiale grade II.

   L'assuré avait été victime d'une chute dans les escaliers engendrant une entorse du genou gauche avec une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche traitée conservativement. L'assuré n'avait aucun antécédent macro traumatique sur ce genou gauche. Il était encore très gêné par les douleurs au genou et incapable de reprendre sa profession. Compte tenu de l'histoire de l'assuré, une suture-réinsertion du ménisque interne et du ménisque externe par chirurgie arthroscopique était préconisée.

9. Selon le questionnaire complété par l'assuré le 4 septembre 2018, ce dernier a ressenti, à la suite de cette chute, des douleurs au niveau de l'épaule gauche et du genou gauche. Après l'accident, il avait eu du mal à marcher.

10. Le 19 septembre 2018, l'assuré a bénéficié d'une intervention au genou gauche.

    Dans le compte-rendu opératoire du lendemain, le Dr G_____ a indiqué avoir procédé à une arthroscopie diagnostique du genou gauche, une synovectomie partielle de voisinage, une suture-réinsertion du ménisque médial et du ménisque latéral, et une reconstruction du hiatus poplité.

11. En date du 12 février 2019, l'assuré a consulté le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et spécialisé en chirurgie de l'épaule et du coude, en raison de douleurs persistantes à l'épaule gauche.

12. Un bilan RX et arthro-IRM a été pratiqué le 22 février 2019.

    Dans le rapport du même jour adressé au Dr H_____, le docteur I_____, spécialisé en radiologie, a indiqué que le bilan précisait un foyer de déchirure interstitielle du secteur postérieur de l'insertion du tendon supra-épineux sur 4 x 2 mm, affleurant focalement à la face articulaire, bordé par une petite calcification postérieure ; une autre déchirure concernant plus largement la face articulaire des deux tiers supérieurs du tendon du subscapulaire, mesurée à 17 x 6 mm, focalement transfixiante au bord latéral de l'insertion sur 10 mm de hauteur ; et une arthrose acromio-claviculaire évolutive.

13. Par courrier du 27 février 2019, le Dr H_____ a indiqué douter que l'assuré puisse reprendre une activité professionnelle avec les lésions d'allure traumatique retrouvées au niveau de son tendon sous-scapulaire. Partant, l'état de l'assuré nécessitait selon lui une arthroscopie avec ténodèse du long chef du biceps, réinsertion du tendon sous-scapulaire et simple évaluation de la coiffe des rotateurs supérieurs. Il ne pensait pas vraisemblablement faire de geste à ce niveau, les lésions n'étant pas d'allure traumatique et ne gênant probablement que peu l'assuré.

14. Le même jour, l'assurance a indiqué à l'Hôpital de la Tour qu'elle garantissait la prise en charge des frais induits par le traitement stationnaire prescrit à la suite de l'accident, sous réserve de renseignements complémentaires demandés.

15. Par courrier du 1er mars 2019, l'assuré a été convoqué par l'assurance à un examen médical par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, prévu le 7 mai 2019.

    L'assurance supposait que l'assuré était d'accord avec les principes et modalités de cette expertise. Dans le cas contraire, il incombait à l'assuré d'en faire part à l'assurance. Une copie du questionnaire envoyé à l'expert était jointe au courrier.

16. Le même jour, l'assurance a informé le Dr G_____ de son intention de soumettre l'assuré à un examen auprès du Dr J_____.

17. Dans un rapport du 4 mars 2019 adressé à l'assurance, le Dr H_____ a posé le diagnostic provisoire de lésion du tendon sous-scapulaire et de tendinopathie calcifiante avec lésion à la jonction interstitielle du tendon sus et sous-épineux. Il constatait une diminution des amplitudes articulaires.

    S'agissant du déroulement de l'accident, il a indiqué que l'assuré avait fait une chute avec choc sur l'épaule gauche le 13 juillet 2018, qui avait accentué des douleurs déjà présentes à l'épaule gauche. S'agissant des séquelles de maladies ou d'accidents, l'assuré mentionnait une déchirure du tendon sus-épineux gauche depuis deux ans.

    Une arthroscopie de l'épaule gauche était prévue le lendemain.

18. L'intervention a eu lieu le 5 mars 2019.

    Dans le rapport d'intervention, le Dr H_____ a indiqué avoir procédé à une ténodèse du long chef du biceps et une réparation de la coiffe des rotateurs, mais pas à une résection du cm externe de la clavicule.

    Il a posé les diagnostics de lésion large partielle articulaire non massive B1 au dépend du tendon sous-scapulaire et sus-épineux gauche, et tendinopathie et instabilité du long chef du biceps. Il n'y avait pas de signe de conflit sous-acromial.

19. Par courriel du 7 mai 2019, le Dr J_____ a indiqué à l'assurance que l'assuré avait fait état, lors de l'examen qui avait eu lieu le même jour, d'un événement (« faux-mouvement ») survenu en mai 2016 et intéressant l'épaule gauche. Il avait également appris que l'assuré avait été opéré le 4 mars 2019 par le Dr H_____. Il

demandait à l'assurance de lui transmettre divers rapports médicaux (rapport de l'IRM de l'épaule gauche effectué en mai 2016, rapport d'arthrographie de l'épaule gauche et images de 2019, protocole opératoire de l'épaule gauche du 4 mars 2019).

20. Dans un rapport du 22 mai 2019, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré avait développé depuis quelques jours des douleurs à son épaule. Il avait, depuis la dernière consultation, commencé à effectuer des exercices de type renforcement. Il avait par ailleurs vu un expert-conseil pour son assurance, lequel ne l'avait pas ménagé au niveau de son épaule et avait d'emblée demandé des radiographies et des IRM des deux épaules.

    Cliniquement, les amplitudes articulaires étaient encore satisfaisantes. D'un point de vue radiologique, il n'y avait pas de signe pour une rupture itérative, et le signal noté au niveau du tendon était strictement normal au vu de la phase proliférative post-opératoire.

    L'assuré devait arrêter tout travail de type renforcement et effectuer plus d'étirements.

21. Le Dr J_____ a rendu son rapport d'expertise le 11 juillet 2019.

    Il a précisé que l'expertise était demandée en vue de clarifier les troubles orthopédiques que présentait l'assuré au genou et à l'épaule gauches et, partant, d'apprécier un éventuel *statu quo ante/sine*, la capacité de travail, le traitement médical et l'éventuelle indemnisation pour atteinte à l'intégrité.

    L'assuré ayant indiqué avoir été soigné pour des omalgies gauches en 2016, à savoir des douleurs qui seraient apparues à la suite d'un « faux mouvement », le Dr J_____ a demandé des pièces complémentaires à l'assurance, notamment un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 27 mai 2016.

    Selon le Dr J_____, l'IRM de l'épaule gauche du 27 mai 2016 confirmait une dégénérescence du tendon sus-épineux, sur presque toute sa longueur, présentant par ailleurs un discret hypersignal inflammatoire, reflet probable d'une lésion interstitielle type kystique distalement. En ce qui concernait le tendon sous-scapulaire, il n'était clairement pas sain. Il était certes en continuité, mais présentait un important remodelé, avec une perte de substance articulaire de sa partie haute, atteignant au moins 50 % de son épaisseur distalement.

    Le Dr J_____ a procédé à deux radiographies des épaules : du côté de l'épaule gauche, il constatait une calcification en surprojection du tendon supra-épineux, longue de 8,3 mm ; un remodelé scléreux du sommet du trochiter ; un acromion de type II ; pas de pincement sous-acromial ; pas d'omarthrose. Du côté droit, il constatait également une calcification en surprojection du tendon supra-épineux, mesurant 4,5 mm ; une sclérose de la surface du trochiter ; pas de pincement sous-acromial ; un acromio de type II ; pas d'autre lésion à signaler. Il notait une architecture trabeculaire préservée, des deux côtés. Il notait également un discret

pincement de l'interligne fémoro-tibial interne, des deux côtés. Il n'y avait pas de remodelage des bords articulaires ; pas d'élément dysplasique ; pas de chondrocalcinose ; et une architecture trabéculaire préservée.

Le Dr J_____ retenait les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs aux deux épaules, avec composante de tendinopathie calcifiante pour le sus-épineux ; status un an après contusion de l'épaule gauche ; status deux mois après arthroscopie de l'épaule gauche pour ténodèse du long chef du biceps et réparation (réinsertion) de la coiffe des rotateurs ; arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, modérée, bilatérale ; possible gonarthrose interne, débutante, bilatérale ; status un an après contusion du genou gauche, possiblement / probablement à l'origine d'une lésion bi-méniscale périphérique, postérieure ; status huit mois après arthroscopie du genou gauche et suture des lésions méniscales.

Dans son appréciation du cas, le Dr J_____ a considéré, au niveau du genou, que les supputées lésions traumatiques issues de l'événement du 13 juillet 2019, à savoir la lésion méniscale postéro-interne (lien causal probable) et la lésion méniscale postéro-externe (lien causal possible), semblaient très clairement avoir guéri. Il persistait tout au plus une discrète hyperesthésie externe du genou, vraisemblablement due à la lésion d'une branche nerveuse sensitive du nerf infra patellaire. Cette problématique paraissait discrète, et devrait s'estomper avec le temps. Dans le cas contraire, elle pourrait faire appel à un traitement ciblé, soit une infiltration cortisonique, voire une exploration chirurgicale pour excision du supputé névrome.

S'agissant de l'épaule gauche, le bilan initial avait mis en évidence des douleurs positionnelles, voire de la gouttière bicipitale. Le bilan d'ultrasonographie avait tout au plus démontré une bursite sous-acromiale, sans faire état d'un hématome. Il n'y avait pas de notion d'impotence fonctionnelle significative et durable de cette articulation. Une infiltration sous-acromiale avait permis la régression, voire la cessation des douleurs durant plusieurs mois, confirmant leur lien avec la bursite. On n'avait pas assisté à une décompensation lors de la période d'utilisation de cannes (pour les suites de l'opération du genou). À distance du traumatisme, une IRM avait révélé des éléments en faveur d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, intéressant les tendons sus-épineux et sous-scapulaire, avec composante de tendinopathie calcifiante pour le sus-épineux. La tendinopathie était clairement ancienne. En effet, l'assuré avait déjà eu un bilan IRM en 2016, pour un épisode d'omalgies, examen ayant démontré des lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs, intéressant ces mêmes muscles. À ces lésions s'étaient rajoutée la composante calcifiante.

Il était intéressant de noter que des lésions similaires étaient également présentes du côté droit, pourtant « atraumatique ».

La tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs n'avait rien d'exceptionnel chez cet assuré. La maladie commençait généralement avec le vieillissement (dès la quatrième décennie), et semblait toucher plus précocement la coiffe des rotateurs, en raison de la biomécanique particulière de l'épaule (articulation la plus utilisée du corps humain). D'autres facteurs favorisants avaient été évoqués dans les études épidémiologiques. On parlait notamment d'une prédisposition génétique, responsable d'une apoptose cellulaire précoce ; le tabagisme jouait probablement aussi un rôle pénalisant, tout comme certaines activités sportives, ou encore des troubles systémiques.

Il n'y avait pas, chez l'assuré, d'indices solides prouvant une décompensation significative et durable de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche à la suite de l'événement du 13 juillet 2018. La clinique ne reflétait pas une lésion aiguë d'envergure ; la radiologie montrait des lésions tendineuses connues, préexistantes, ayant poursuivi leur lent processus d'usure naturelle. En pondérant l'ensemble des éléments mis à disposition, il semblait probable que l'événement du 13 juillet 2018 n'ait été responsable que d'une contusion de l'épaule gauche, de relative faible envergure. Cet événement avait aussi permis de révéler des troubles structurels préexistants, en particulier de la coiffe des rotateurs.

Le traitement de la contusion avait été adéquat, permettant de faire régresser les plaintes directement liées au traumatisme.

Usuellement, une contusion de l'épaule cessait de déployer ses effets après quelques jours, voire quelques semaines (quatre à six). Une extension de ce délai sur quelques semaines supplémentaires pourrait être théoriquement admise en cas de troubles dégénératifs sous-jacents. Au-delà du délai maximal de trois mois, le cursus de l'épaule gauche de l'assuré était manifestement régi par des troubles préexistants, s'agissant d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, éventuellement de la composante calcifiante du sus-épineux.

L'origine de la tendinopathie calcifiante était peu claire. Elle touchait souvent la coiffe des rotateurs, et l'âge d'apparition était variable. La littérature médicale tendait à distinguer la tendinite calcifiante de la tendinite dégénérative. Souvent, la tendinopathie calcifiante était asymptomatique, et sa découverte, lors d'une radiographie, était fortuite.

Chez l'assuré, cette tendinopathie calcifiante était présente bilatéralement. En l'absence d'éléments caractérisant une décompensation aiguë, à la suite du traumatisme du côté gauche, on considérait qu'il s'agissait d'une découverte fortuite. L'hypothèse que la tendinopathie calcifiante pourrait refléter un processus de dégénérescence tendineuse n'était toutefois pas écartée.

Une autre découverte, dans le cas présent, était l'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, pathologie elle aussi bilatérale, reflet d'une usure tissulaire, susceptible d'être potentialisée par des microtraumatismes répétés (en particulier sportifs).

En réponse aux questions posées, le Dr J_____ a indiqué que la relation de causalité naturelle entre l'événement du 13 juillet 2018 et les troubles constatés au genou gauche était partiellement admise : un lien de causalité pour le moins probable était retenu en ce qui concernait la lésion périphérique du ménisque interne ; un lien seulement possible était supputé s'agissant de la lésion méniscale postéro-externe. Aucune autre lésion traumatique significative, en lien probable avec le traumatisme assuré, n'avait été démontrée au genou gauche. Le traitement appliqué semblait avoir été adéquat ; les lésions traumatiques étaient guéries, ne laissant pas de trouble fonctionnel. Sur le plan radiologique, il n'y avait pas de dégradation de l'état du genou, secondaire au traumatisme assuré, état qui était par ailleurs symétrique au côté opposé, jugé « sain ». Il persistait uniquement une possible / probable neuropathie d'une branche du nerf infra-patellaire, en lien avec le geste arthroscopique, qui pourrait s'estomper avec le temps.

S'agissant de la contusion de l'épaule gauche, elle aurait dû cesser de déployer ses effets délétères après un délai maximal de trois mois. Au-delà, le cursus de cette épaule était régi par son état pathologique préexistant. La relation de causalité naturelle entre ledit événement et les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule était hautement, voire très hautement improbable. Il en était de même pour l'arthropathie acromio-claviculaire.

Une période d'incapacité de travail de trois mois était au maximum admissible s'agissant l'épaule gauche (status après contusion).

L'incapacité de travail en lien avec le genou gauche était plus longue. Il fallait admettre un délai de quatre à six mois après l'opération subie pour une reprise de l'activité habituelle.

En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique concernant l'épaule gauche émanant de l'événement assuré, susceptible de générer des troubles fonctionnels et durables, aucune indemnisation relative à une atteinte à l'intégrité n'était due. S'agissant du genou gauche, les séquelles directes du traumatisme, correctement traitées, ne laissaient pas de séquelle fonctionnelle. On n'assistait qu'à une séquelle « indirecte », celle de la neuropathie modeste d'une branche du nerf infra-patellaire gauche, pour laquelle aucune indemnisation n'était préconisée selon les tables SUVA et l'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202).

22. L'assuré est resté en incapacité de travail totale, attestée par ses médecins traitants, jusqu'au 8 août 2019.

23. Par décision du 15 août 2019, l'assurance, se fondant sur le rapport du Dr J_____, a mis un terme au versement de ses prestations concernant l'épaule gauche à compter du 12 octobre 2018 et concernant le genou gauche à compter du 18 mars 2019.

24. Le 22 août 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

Il invitait l'assurance à lui communiquer le rapport du Dr J_____, qu'il n'avait toujours pas reçu.

La désignation unilatérale du Dr J_____ par l'assurance était intervenue en violation des principes jurisprudentiels relatifs à la mise en œuvre d'une expertise consensuelle. Une telle désignation était d'autant plus fâcheuse que le médecin en question réalisait, à la connaissance de son conseil, uniquement et exclusivement des expertises sur mandat des assurances et ne paraissait plus avoir un lien sérieux avec la pratique.

Sur le fond, l'appréciation du Dr J_____ était fermement contestée par le Dr H_____, selon lequel les lésions objectivables au genou et à l'épaule gauche étaient en lien de causalité avec l'accident.

25. Par courrier du 11 novembre 2019, l'assuré s'est enquis de l'issue de son opposition, et conclu à ce que l'assurance écarte l'expertise du Dr J_____ et reprenne l'instruction du dossier pour nommer un expert neutre d'entente entre les parties.

    Il joignait, en complément à son opposition, un courrier du Dr H_____ du 6 novembre 2019. Ce dernier a indiqué ne pas du tout rejoindre les conclusions du Dr J_____, qui était un expert dans le domaine des assurances et non en chirurgie de l'épaule et du coude. Il existait chez l'assuré de clairs arguments concernant la coiffe des rotateurs antérieure, qui était généralement l'apanage du traumatisme. Une expertise neutre devait dès lors être réalisée, éventuellement par l'un des membres du groupe d'experts de chirurgie de l'épaule et du coude dont il était le président.

26. L'assurance a répondu le 13 novembre 2019.

    Elle était très surprise de l'avis du Dr H_____, quelques jours seulement après que ses écrits et ceux de son groupe ont été critiqués par le Tribunal fédéral. Son avis ne pouvait remettre en question les conclusions du Dr J_____.

27. Par décision sur opposition du 15 janvier 2020, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré.

    Le Dr J_____ avait rendu un rapport complet, étayé et convaincant. Il avait pris en considération l'anamnèse de l'assuré, les examens effectués, avait fait compléter le dossier par des examens similaires effectués avant le traumatisme, et avait comparé les différents rapports pour en tirer des conclusions convaincantes.

    Par ailleurs, contrairement à ce qu'alléguait l'assuré, l'assuré avait été invité à faire valoir d'éventuels griefs à l'encontre de l'expert, ce dont il n'avait pas fait usage.

    Dans son dernier rapport du 6 novembre 2019, le Dr H_____ n'expliquait pas en quoi les conclusions du Dr J_____ seraient erronées, se contentant de critiquer le « soi-disant » manque de connaissances des experts qui ne confirmaient pas ses avis. Les conclusions du Dr J_____ étaient cohérentes et convaincantes de sorte

que son rapport remplissait toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

28. Par acte du 17 février 2020, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée avec pour injonction de reprendre ab initio la procédure en désignation de l'expert dans le respect de l'exigence d'une tentative de désignation consensuelle préalable ; et subsidiairement à l'ouverture des enquêtes, à ce qu'une expertise orthopédique judiciaire soit mise sur pied en impartissant un délai aux parties pour proposer des noms d'experts, puis à ce qu'il soit dit que l'assuré avait droit à des prestations de l'assurance-accidents en relation avec les lésions de son épaule gauche résultant de son accident du 13 juillet 2018, et à ce que l'intimée soit condamner à prester en conséquence.

    Le recourant invoquait une violation de son droit d'être entendu. L'intimée ne lui avait jamais communiqué qu'elle mandatait le Dr J_____ en vue de l'établissement d'une expertise ; elle ne lui avait pas non plus transmis les questions auxquelles ledit praticien était invité à répondre. Le Dr J_____ lui avait indiqué qu'il était chargé d'examiner son genou, sans même lui préciser qu'il s'agissait d'une expertise qui portait, en réalité, sur les pathologies présentes tant au niveau du genou qu'à l'épaule. Le recourant n'avait dès lors pas bénéficié de son droit à se déterminer sur l'expert choisi par l'intimée. Cette violation du droit d'être entendu était d'autant plus grave que le Dr J_____ ne remplissait pas les conditions de l'art. 44 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) ; il était employé en qualité de médecin-conseil pour plusieurs assurances, de sorte que son indépendance pouvait être mise en doute. Il convenait d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'intimée pour la mise en place d'une expertise consensuelle.

    Les lésions qu'il avait subies lors de l'accident étaient de nature accidentelle. En effet, il avait été constaté à l'échographie qu'il présentait un épanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne qui était, à teneur de la littérature, le signe d'une atteinte traumatique. L'arthro-IRM pratiquée le 22 février 2019 avait par ailleurs laissé apparaître une large déchirure de la face articulaire de l'insertion du tendon sous-scapulaire. Le Dr H_____ estimait que le recourant présentait de clairs arguments concernant la coiffe des rotateurs antérieure, qui étaient généralement l'apanage du traumatisme. Cette déchirure ayant nécessité une intervention chirurgicale, celle-ci devait être prise en charge par l'intimée, qui devait accorder ses prestations au-delà du 12 octobre 2018.

    En tout état de cause, l'intimée devait prester dans la mesure où une rupture de la coiffe des rotateurs consistait en une déchirure des tendons et était donc, de jurisprudence constante, comprise dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Dans son rapport, le

Dr J_____ évoquait à de multiples reprises la pathologie du tendon sus-épineux du recourant, sans expliquer aucunement la déchirure du tendon sous-scapulaire, qui n'était pratiquement pas abordée. Or, cette déchirure ne pouvait être considérée comme manifestement due à l'usure ou à la maladie.

Subsidiairement, si la chambre de céans venait à estimer que la déchirure du tendon sous-scapulaire du recourant était partiellement due à un état antérieur, et donc partiellement due à un accident, l'intimée restait tenue aux prestations pour soins et au remboursement des frais, en application de l'art. 36 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

29. Le 17 mars 2020, le recourant a produit un courrier du Dr H_____ du 3 mars 2020.

Le Dr H_____ indiquait être d'accord avec l'expert sur le fait que les lésions du sus-épineux étaient déjà préexistantes et n'étaient pas en lien avec l'accident susmentionné. En revanche, la déchirure de la coiffe antérieure, sous-scapulaire, n'était pas préexistante. Selon le rapport d'expertise, une IRM de 2016 mentionnait un tendon scapulaire « non sain » avec remodelage, perte de substance articulaire dans sa partie haute atteignant 50 % de son épaisseur distalement. Ces éléments décrivaient tout simplement un vieillissement normal du tendon, et cette trouvaille n'était pas anormale ; il s'agissait même d'un tendon normal compte tenu de l'âge du recourant. En revanche, la déchirure de la partie haute sous-scapulaire mesurant 17 x 6 mm mentionnée dans le rapport d'IRM du 22 février 2019 n'était clairement pas une trouvaille normale étant donné l'âge du recourant. Il apparaissait donc qu'une déchirure nouvelle du sous-scapulaire était survenue entre 2016 et 2019, et une déchirure isolée de la coiffe des rotateurs antérieure était l'apanage du traumatisme, comme le mentionnaient quatre études qu'il citait. Il convenait enfin de noter qu'entre 50 et 60 ans, la prévalence dans la population de lésions transfixiantes de la coiffe était de 2,1 à 10,7 % selon les études, ce qui ne concernait donc pas la majorité de la population, et n'était donc pas forcément un problème rencontré chez n'importe quel patient de cet âge-là.

30. L'intimée a répondu au recours le 29 mai 2020, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision entreprise.

Les griefs développés par le recourant dans le cadre de son recours avaient trait à l'instruction menée par l'intimée et aux lésions affectant son épaule gauche. Le recourant ne critiquait pas la décision de mettre un terme aux prestations de l'assurance-accidents à compter du 18 mars 2019 en ce qui concernait son genou gauche. Le litige était donc circonscrit à l'examen des questions liées à la prise en charge des lésions objectivables à l'épaule, singulièrement la question du lien de causalité entre l'événement du 13 juillet 2018 et les plaintes de l'assuré. La décision querellée était donc entrée en force s'agissant des autres points, non contestés.

S'agissant de l'instruction, l'intimée avait procédé aux mesures d'instruction nécessaires en requérant l'avis de tous les médecins ayant traité le recourant. Il

n'existait pas dans le dossier d'élément déterminant permettant de douter du bienfondé de l'avis médical du Dr J_____, dont les conclusions reposaient sur un examen de l'anamnèse, du dossier médical complet du recourant et des plaintes de ce dernier. Les conclusions de l'expert, en particulier s'agissant de l'inexistence d'un lien de causalité entre les plaintes du recourant et l'événement assuré, étaient dûment motivées et convaincantes.

Par ailleurs, le droit d'être entendu du recourant n'avait nullement été violé. Contrairement à ce que prétendait ce dernier, l'intimée lui avait communiqué, le 1er mars 2019, le nom de l'expert, les modalités de l'expertise et le questionnaire envoyé à l'expert. Le recourant avait toute la latitude de poser des questions complémentaires, ce qu'il n'avait pas fait. Il ne s'était pas non plus opposé au principe d'une expertise médicale. Ce n'était qu'après avoir pris connaissance des conclusions du Dr J_____ qu'il avait contesté la validité du rapport d'expertise.

S'agissant du grief de partialité formulé à l'égard de l'expert, il n'existait aucun lien contractuel ou de dépendance entre l'expert et l'intimée, et rien ne tendait à susciter une apparence de prévention.

Le recourant ne produisait pas à l'appui de son recours de document qui contiendrait une discussion claire et motivée propre à démontrer qu'il existerait un lien de causalité entre ses troubles à l'épaule et l'événement assuré. Le seul courrier du Dr H_____ du 6 novembre 2019, qui avait de toute évidence été dressé dans l'objectif de contrer l'opinion de l'expert, n'était pas convaincant. Ce dernier ne prenait pas même la peine d'exposer les « clairs arguments concernant la coiffe des rotateurs antérieurs » dont il se prévalait. Le recourant ne pouvait ainsi substituer l'évaluation du Dr H_____ à celle du Dr J_____. Partant, il convenait de reconnaître une pleine valeur probante au rapport de l'expert.

Enfin, s'agissant des lésions assimilées invoquées par le recourant, l'intimée avait été en mesure d'apporter la preuve libératoire lui incombant en vertu de l'art. 6 al. 2 LAA (à savoir des facteurs dégénératifs dépassant largement le seuil fatidique de 50 %). Il convenait de surcroît de rappeler que l'assureur-maladie avait admis le bienfondé de la décision de l'intimée et partant, le principe de sa prise en charge.

31. Le recourant a répliqué le 30 juin 2020, persistant dans ses conclusions.

Il reprenait pour l'essentiel les arguments contenus dans son recours, qu'il complétait. Il précisait n'avoir pas le souvenir que le questionnaire adressé au Dr J_____ fût joint au courrier de l'intimée du 1er mars 2019.

La pratique des assureurs LAA d'accorder des garanties d'hospitalisation « sous réserve », comme en l'espèce, ne se fondait sur aucune base légale. Elle était incompatible avec leur devoir d'instruire, d'office et à leurs frais, les demandes leur étant adressées. Ce procédé n'était également pas admissible au regard du principe de la bonne foi. Le recourant avait pris des dispositions sur lesquelles il ne pouvait pas revenir en réalisant l'intervention dont la prise en charge était litigieuse. Sans même connaître la teneur de la garantie émise, il s'était fondé sur l'assurance,

exprimée par l'établissement hospitalier lors de son admission, selon laquelle les frais seraient réglés par son assurance-accidents.

À titre subsidiaire, l'intimée avait violé son devoir, contenu à l'art. 27 LPGA, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations : le recourant n'avait nullement été informé du risque que l'intimée refuse de couvrir les frais de soins en relation avec l'intervention litigieuse. Pour ces motifs, l'intervention litigieuse devait en tout état de cause être prise en charge par l'intimée.

Se fondant sur la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, il relevait que le rééquilibrage entre les valeurs probantes des rapports émanant de médecins internes à l'assureur et de médecins traitants de l'assuré devait également s'étendre aux médecins externes auxquels les assureurs recouraient systématiquement et en violation des principes applicables en matière de tentative de désignation consensuelle. Aucun motif objectif n'existait pour maintenir la fiction selon laquelle ces prétendus experts externes auraient un point de vue plus indépendant que les médecins internes à l'assurance.

Pour ces motifs, l'expertise du Dr J_____ devait être écartée, principalement en raison de la désignation dudit expert en violation des droits procéduraux du recourant, et subsidiairement en raison de son absence de valeur probante. En effet, l'appréciation du Dr J_____ était clairement contredite par le rapport du Dr H_____ du 3 mars 2020.

32. L'intimée a dupliqué le 22 juillet 2020, persistant dans ses conclusions.

Les réserves qu'elle avait émises avant l'intervention avaient été clairement exprimées et mises en exergues. Il était par ailleurs de jurisprudence constante que la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier représentait une garantie de prestations uniquement vis-à-vis de cet établissement et ne constituait pas un engagement définitif de l'assureur vis-à-vis de l'assuré. Pour le surplus, le recourant ne pouvait invoquer sa bonne foi, n'étant pas destinataire du document litigieux, ni à titre principal, ni sous forme de copie.

Le recourant avait été convoqué à l'expertise par pli simple et recommandé, le 1er mars 2019. Ce document mentionnait clairement le nom de l'expert ainsi que les principes et modalités de l'expertise. L'intéressé n'avait à aucun moment contesté le choix de l'expert. Par ailleurs, son grief de partialité était inconsistant. Le seul fait qu'un médecin ait exercé une activité au service d'un autre assureur par le passé ne créait pas un risque potentiel accru de partialité selon la jurisprudence ; de même, ni le recours régulier aux services d'un expert, ni le volume d'honoraires générés n'étaient des éléments constitutifs d'une apparence de prévention à l'encontre de l'expert. En l'absence d'un moindre motif concret de prévention, il convenait de reconnaître pleine et entière valeur probante à l'appréciation médicale du Dr J_____.

Sur le fond, l'opinion du recourant se limitait à vouloir privilégier l'avis de son médecin traitant et à affirmer que la mise en œuvre de mesures d'instructions

complémentaires pourrait apporter des renseignements supplémentaires. Cela n'était pas suffisant pour mettre en évidence en quoi l'intimée aurait mal ou insuffisamment établi les faits.

33. Le 22 février 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en leur transmettant son projet de mission d'expertise et en leur impartissant un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur la mission d'expertise.

34. Le 15 mars 2021, l'intimée a constaté que le Dr K_____ était cofondateur avec le Dr H_____ du Centre de l'épaule, à Genève. Elle ne pouvait admettre qu'une expertise puisse être réalisée par un associé, un collègue et, à n'en pas douter, un ami du médecin traitant de l'assuré. L'impartialité du Dr K_____ était d'autant moins garantie dans le cas d'espèce que le Dr H_____ disposait d'un intérêt direct évident à voir trancher le litige en faveur de son patient, cas échéant d'intérêts économiques communs avec l'expert proposé. Contrairement aux critiques toutes générales formulées contre l'expert J_____, des motifs de prévention concrets, actuels et importants pouvaient être allégués envers le Dr K_____. Il convenait par conséquent de récuser ce dernier et de désigner un autre expert. L'intimée requérait un bref délai pour faire de nouvelles propositions en ce sens, respectivement pour prendre position sur les nouvelles suggestions de la chambre des assurances sociales. S'agissant du questionnaire, elle souhaitait qu'il soit fait obligation à l'expert désigné de prendre langue avec l'expert J_____, et pas seulement avec le Dr H_____.

35. Le 15 mars 2021, le recourant a indiqué à la chambre de céans n'avoir pas de motifs de récusation contre l'expert retenu ni d'observations sur la mission d'expertise.

36. Le 23 mars 2021, le recourant a fait valoir que le motif de récusation invoqué par l'intimée n'était pas recevable, au sens de l'art. 36 LPGA, étant rappelé que les « autres raisons » évoquées par cette disposition étaient celles visées à l'art. 10 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968, (PA - RS 172.021), qui citait d'abord les liens familiaux, un rapport de représentation ou une opinion préconçue dans l'affaire. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le seul fait qu'un expert travaillait dans le même institut qu'un collègue, dont il s'agissait d'apprécier l'opinion ne constituait pas un soupçon de prévention (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1058/2010 du 1er juin 2011 consid. 4.6). Ce principe valable en matière de désignation d'experts par les assureurs sociaux devait s'appliquer également lorsqu'il s'agissait d'experts désignés par le tribunal.

37. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAA.

   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.

   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 après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1er janvier 2017.

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

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en relation avec les lésions de son épaule gauche résultant de l'accident du 13 juillet 2018.

5. 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 notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

   L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117).

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

b. On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

La déchirure de la coiffe des rotateurs était assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La liste des lésions corporelles figurant à l'art. 6 al. 2 LAA correspond à celle de l'art. 9 al. 2 aOLAA, si bien que la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien droit relative à la qualification d'une lésion comme étant analogue à celle causée par un accident demeure applicable (cf. Kaspar GEHRING, KVG/UVG Kommentar, Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, 2018, n. 13 ad Art. 6 UVG).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement

accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste de l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

7. 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).

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 que, 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.

8. 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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu

sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

9. 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).

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

    b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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

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

d. 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).

e. 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).

11. 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).

12. 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).

    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).

13. 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).

14. En l'espèce, par décision du 15 août 2019, l'intimée, en se fondant sur le rapport du Dr J_____, a mis un terme au versement de ses prestations concernant l'épaule gauche du recourant à compter du 12 octobre 2018 et concernant le genou gauche à compter du 18 mars 2019. Elle a ainsi refusé de prendre en charge l'intervention du 5 mars 2019 et de verser au recourant des indemnités journalières pour l'incapacité de travail qui a suivi.

    Il sied de relever que l'assurance ne conteste pas le qualificatif d'accident de l'événement du 13 juillet 2018, mais estime avoir été en mesure d'apporter la preuve libératoire lui incombant en vertu de l'art. 6 al. 2 LAA, à savoir que les lésions à l'épaule gauche du recourant seraient de manière prépondérante dues à l'usure ou à une maladie.

    L'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr J_____, selon lequel l'assuré présentait une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs. Ce dernier a considéré que l'événement du 13 juillet 2018 n'était responsable que d'une contusion de l'épaule gauche, de relative faible envergure, qui avait permis de révéler des troubles structurels préexistants. Partant, la contusion de l'épaule gauche devait avoir cessé de déployer ses effets après un délai maximal de trois mois après l'accident ; passé ce délai, le cursus de l'épaule était régi par l'état pathologique préexistant. Il retenait donc que la relation de causalité naturelle entre ledit événement et les lésions de la coiffe des rotateurs était hautement, voire très hautement improbable.

15. Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr J_____.

    Il ressort du dossier que le Dr J_____ ne disposait pas de l'intégralité du dossier lorsqu'il a examiné le recourant. Il a cependant demandé par la suite à l'intimée de lui fournir des pièces complémentaires. Le rapport a donc été établi par l'expert en

pleine connaissance du dossier. L'expert a également procédé à un examen du recourant et a pris en considération les plaintes exprimées par ce dernier.

Le Dr J_____ fonde sa conclusion, selon laquelle l'accident du 13 juillet 2018 aurait révélé des lésions dégénératives anciennes, sur l'IRM effectuée en 2016, qui avait mis en évidence une dégénérescence du tendon sus-épineux, ainsi qu'un tendon sous-scapulaire « non sain ». Alors qu'il constate, sur l'IRM effectuée en février 2019, une lésion du sous-scapulaire, il retient, sans donner davantage d'explications, qu'il n'y aurait pas, dans le dossier, d'indices solides prouvant une décompensation significative de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche à la suite de l'événement du 13 juillet 2018. Il ne traite pas davantage de la problématique de la déchirure du tendon sous-scapulaire du recourant, se concentrant principalement sur la pathologie de son tendon sus-épineux.

Le recourant oppose à cet avis celui du Dr H_____, lequel a estimé qu'il existait chez l'assuré de clairs arguments concernant la coiffe des rotateurs antérieure, qui serait généralement l'apanage du traumatisme. Dans son rapport du 3 mars 2020, le Dr H_____ a indiqué être d'accord avec l'expert sur le fait que les lésions du sus-épineux étaient déjà préexistantes et n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident susmentionné. En revanche, il a constaté que la déchirure de la coiffe antérieure, sous-scapulaire, n'était pas préexistante.

Le Dr H_____ a précisé que la mention, dans une IRM de 2016, d'un tendon scapulaire « non sain » avec remodelage, perte de substance articulaire dans sa partie haute atteignant 50 % de son épaisseur distalement, mettait simplement en évidence un vieillissement normal du tendon. Cette trouvaille n'était pas anormale selon lui et le tendon était normal compte tenu de l'âge du recourant.

Le Dr H_____ a spécifié qu'en revanche, la déchirure de la partie haute sous-scapulaire mesurant 17 x 6 mm mentionnée dans le rapport d'IRM du 22 février 2019 n'était clairement pas une trouvaille normale étant donné l'âge du recourant. Il en a déduit qu'une déchirure nouvelle du sous-scapulaire était survenue entre 2016 et 2019. Selon quatre publications scientifiques qu'il a citées, une déchirure isolée de la coiffe des rotateurs antérieure serait l'apanage du traumatisme.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant a établi, par l'avis du Dr H_____, des éléments objectivables suffisamment pertinents pour susciter des doutes quant à la valeur probante de l'expertise établie par le Dr J_____.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige et de déterminer si, comme le soutient l'intimée, l'événement accidentel n'a fait qu'engendrer une aggravation d'un état dégénératif préexistant, ou si, comme l'affirme le recourant, l'accident assuré a causé les troubles constatés 22 février 2019, qui ont justifié l'intervention du 5 mars 2019, puis l'incapacité de travail.

16. Dans ces conditions, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique, qui sera confiée au Dr K_____ et qui aura notamment pour mission

de se déterminer quant au lien de causalité entre l'événement du 13 juillet 2018 et les lésions de la coiffe des rotateurs constatées en février 2019.

17. L'intimée a requis la récusation du Dr K_____.

a. Selon l'art. 38 al. 1 LPA, lorsqu'une expertise est ordonnée, l'autorité nomme un ou des experts. Un délai est imparti aux parties pour proposer, s'il y a lieu, la récusation des experts (art. 39 al. 1 LPA).

En l'espèce, la demande de récusation a été déposée dans le délai imparti, de sorte qu'elle est recevable.

b. Les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire, si elles représentent une partie ou ont agi dans la même affaire pour une partie, ou encore si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (cf. art. 36 al. 1 LPGA, art. 10 al. 1 let. a, c et d PA).

La récusation d'un expert judiciaire - qui ne fait pas partie du tribunal - s'examine au regard de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101) garantissant l'équité du procès (ATF 125 II 541 consid. 4a p. 544). Cette disposition assure au justiciable une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. s'agissant des exigences d'impartialité et d'indépendance requises d'un expert (ATF 127 I 196 consid. 2b p. 198).

c. Le droit cantonal n'offre pas de garantie supplémentaire. En effet, en vertu de l'art. 39 al. 2 LPA, les causes de récusation prévues pour les membres des autorités administratives s'appliquent aux experts. L'art. 15 al. 2 LPA prévoit la récusation des membres des autorités administratives, notamment, s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire (let. c) ou s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité (let. d).

d. En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles), ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108 ; voir aussi ATF 139 V 349 ; AT 138 V 271).

e. Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 30 al. 1 Cst. et 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le

jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (cf. ATF 134 I 20 consid. 4.2 p. 21 et les arrêts cités).

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, 123 V 175 consid. 3d ; RAMA 1999 n° U 332 p. 193, U 212/97, consid. 2a/bb et les références). Dans ce domaine, la jurisprudence exige des faits qui justifient objectivement la méfiance. Celle-ci ne saurait reposer sur le seul sentiment subjectif d'une partie; un tel sentiment ne peut être pris en considération que s'il est fondé sur des faits concrets et si ces derniers sont, en eux-mêmes, propres à justifier objectivement et raisonnablement un tel sentiment chez une personne réagissant normalement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 127/06 du 6 février 2007).

Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c p. 73, ATF 125 II 541 consid. 4 p. 544). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 p. 110). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indécise quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 Ia 135 consid. 3b p. 139, 126 I 168 consid. 2a p. 169; Jacques Olivier PIGUET, Le choix de l'expert et sa récusation, HAVE/REAS 2/2011 p. 133). Des sentiments d'inimitié marquée (ou d'amitié étroite) à l'égard d'une partie ou de son avocat, peuvent, en principe, justifier une demande de récusation pour apparence de prévention (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 et 5A_756/2008 du 9 septembre 2009 consid. 2.1).

En matière d'expertise médicale, le fait qu'une expertise a été réalisée par un ancien médecin traitant de l'assuré soumis à cette mesure d'instruction ne justifie pas

d'exclure d'emblée une telle expertise, en l'absence d'autre circonstance objective jetant le doute sur l'impartialité de l'expert, par exemple parce qu'il n'a pas rédigé son rapport de manière neutre et factuelle (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.3.1 et I 29/04 du 17 août 2004 consid. 2.2 et les références). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 125 V 353). De même, le fait qu'un médecin se soit déjà prononcé sur le cas de l'assuré ne constitue pas une circonstance de nature à susciter une apparence de prévention au sens de la jurisprudence précitée (cf. arrêt U 291/99du Tribunal fédéral des assurances du 8 septembre 2000).

Enfin, il convient de rappeler qu'il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que la partie qui demande sa récusation doit apporter la preuve permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 752/03 du 27 août 2004 cause et doctrine citée).

f. Sont de nature formelle les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA [RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA [RS 830. 1]) parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. En revanche, les motifs de nature matérielle, dirigés contre l'expertise elle-même ou contre la personne de l'expert, ne mettent pas en cause son impartialité (arrêt du tribunal fédéral 8C_510/2013 du 10 février 2014 consid. 2.1 et les références citées). De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 8C 541/2014 du 17 février 2015).

Le fait qu'un expert choisi a longtemps travaillé pour le compte de l'assureur et que ses avis aient été contestés relève d'un motif de récusation d'ordre matériel et non pas formel (arrêt du Tribunal fédéral 9C 505/2012 du 15 janvier 2013). De même, le fait qu'un expert aurait suivi les instructions du SMR, en démontrant ainsi sa totale dépendance par rapport à celui-ci, relève d'un motif de récusation matériel (arrêt du Tribunal fédéral 9C 293/2008 du 28 janvier 2009).

g. En l'occurrence, le Dr K_____ est domicilié professionnellement à Carouge et le Dr H_____ à l'Hôpital de la Tour. Ils sont fondateurs, avec le docteur L_____, du Centre de l'épaule, à la Clinique de la Tour, qui assure aux patients une prise en charge multidisciplinaire et personnalisée, de la première consultation jusqu'au suivi de rééducation post-opératoire (www.hirslanden.ch/fr/clinique-la-colline/centres-et-instituts/Centre-de-l-epaule. html). À teneur de la jurisprudence précitée, un tel lien ne suffit pas à fonder un motif de récusation, tant formel que matériel, étant rappelé en particulier que le fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation et qu'il existe une présomption d'impartialité de l'expert. En l'occurrence, l'expert désigné ne donne aucune apparence de prévention et les

craintes de l'intimée ne reposent sur aucun élément objectif. La demande de récusation formée par l'intimée sera en conséquence rejetée.

18. L'intimée a encore demandé, s'agissant de la mission d'expertise, qu'il soit fait obligation à l'expert désigné de prendre langue avec l'expert J_____ et pas seulement avec le Dr H_____.

    Il sera relevé à cet égard que le projet de mission d'expertise ne fait pas obligation à l'expert de contacter le Dr H_____, mais l'invite seulement à le faire, si nécessaire. Il n'y pas lieu d'être plus directif avec l'expert, auquel il appartient de décider quels renseignements sont utiles à sa mission. Cela étant, vu la demande de l'intimée, il sera ajouté à la mission d'expertise que l'expert est invité à prendre langue avec le Dr J_____, s'il l'estime nécessaire.

19. Les jugements cantonaux rendus sur recours contre les décisions incidentes de l'assureur social concernant la mise en œuvre d'expertises ne peuvent pas être déférés au Tribunal fédéral, à moins qu'il n'ait été statué sur des motifs formels de récusation (ATF 139 V 339 consid. 4 ; ATF 138 V 318 consid. 6.2 p. 323; arrêt du Tribunal fédéral 9C_810/2019 du 7 janvier 2020), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise médicale orthopédique. La confie au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance de l'intégralité du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité ou examiné la personne expertisée, notamment le Dr H_____ et le Dr J_____.

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

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

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée et données subjectives de celle-ci**

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 au niveau de l'épaule gauche de l'expertisé 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 La déchirure du tendon sous-scapulaire du recourant est-elle due, ou partiellement due, à un état antérieur ?

5.1.3 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) ?

5.1.4 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. **Capacité de travail**

6.1 Pour autant que l'événement du 13 juillet 2018 ait joué un rôle, même partiel, dans la survenance des atteintes à l'épaule gauche de l'expertisé, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

6.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

6.3 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

7. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

7.1 Commenter et discuter le rapport du Dr J_____ du 11 juillet 2019.

7.2. Commenter et discuter les rapports du Dr H_____ du 4 mars 2019, 6 novembre 2019 et 3 mars 2020.

7.3. Commenter et discuter l'IRM de l'épaule gauche du 27 mai 2016, et l'arthrographie-IRM de l'épaule gauche du 22 février 2019.

8. Quel est le **pronostic** ?

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

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

F. 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