

GE_GERICHTE A/1734/2015 vom 5. Juli 2016

GE Cour de justice, 2016-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1734_2015

FR: GE_GERICHTE A/1734/2015 du 5 juillet 2016

IT: GE_GERICHTE A/1734/2015 del 5 luglio 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ARTHAZ PONT-NOTRE-DAME, FRANCE, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS) recourant contre SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, Luzern, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1982, a été engagé le 21 janvier 2013 en qualité de paysagiste par B_____ SA (ci-après : l'employeur), entreprise active dans les aménagements paysagers, l'entretien et la planification de parcs et jardins, de pépinières ornementales, ainsi que le commerce de plantes. À ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA).! [endif]>! [if> 2. Le 7 avril 2013, l'assuré a été victime d'une chute à ski. Les examens pratiqués ont révélé une rupture du ligament croisé antérieur et du ligament collatéral externe.! [endif]>! [if> 3. Le 8 avril 2013, le docteur C_____, médecin traitant de l'assuré, a certifié de l'incapacité de travail de ce dernier du 8 avril au 9 juin 2013 inclus, en raison de son état de santé. Par la suite, le Dr C_____ prolongera cet arrêt de travail à 100% à plusieurs reprises.! [endif]>! [if> 4. Le sinistre a été déclaré le 10 avril 2013 à la SUVA, laquelle a pris le cas en charge en couvrant les frais médicaux engendrés par l'accident et en allouant des indemnités journalière versées par l'employeur, à compter de cette date.! [endif]>! [if> 5. Une IRM du genou gauche du 12 avril 2013 réalisée par la doctoresse D_____ a notamment mis en évidence un épanchement intra-articulaire important, une rupture du ligament collatéral externe, une contusion osseuse sur le condyle fémoral et le plateau tibial externe et une interruption des fibres ligamentaires du ligament croisé antérieur, pouvant être en rapport avec la rupture totale du ligament croisé antérieur, sous réserve du fait que l'examen était réalisé très précocement par rapport à la chute. Le signal et la morphologie des deux ménisques étaient normaux.! [endif]>! [if> 6. Dans un rapport du 16 mai 2013, le docteur E_____ a retenu le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche. L'incapacité de travail était de 100% dès le 7 avril 2013, probablement jusqu'au 31 mai 2013.! [endif]>! [if> 7. Lors d'un entretien avec la SUVA le 16 juillet 2013, l'assuré a notamment indiqué que son activité était très variée puisqu'elle impliquait des aménagements d'extérieurs, des travaux de maçonnerie afin de préparer les plantations, creuser et installer des piscines, l'installation de clôtures et la pose de pavés, entre autres. De ce fait, il devait porter des charges, pousser des brouettes, utiliser des pelles et des pioches et travailler dans des positions inconfortables, soit à genoux, accroupi ou sur des pentes et sur des escabeaux. Il n'avait pas été opéré, mais suivait des séances de physiothérapie à raison de deux à trois séances par semaine. Il avait pris des antidouleurs pendant trois à quatre jours après l'accident. Il présentait une perte musculaire au niveau de la cuisse et du mollet gauches et des douleurs permanentes au genou gauche, sur la face

externe en particulier, laquelle était enflée. Après quinze minutes de marche, les douleurs devenaient intenses et causaient une boiterie. Il lui était possible de monter des escaliers, un à un, et de les descendre, mais encore plus difficilement. Il parvenait à étendre la jambe gauche totalement, mais ne parvenait pas encore à la plier totalement. En 2013, son salaire mensuel était de CHF 5'265.- payé treize fois l'an, auquel il fallait ajouter une participation à la « Caisse maladie » de CHF 100.- par mois.![endif]>![if> 8. Dans un rapport intermédiaire du 31 juillet 2013, le Dr C_____ a retenu les diagnostics de rupture totale du ligament croisé antérieur et une rupture du ligament collatéral externe du genou gauche. En l'état, aucune intervention chirurgicale n'était préconisée par le docteur E_____, chirurgien orthopédiste de l'assuré. Avec une rééducation en kinésithérapie, une reprise du travail était envisageable dans cinq à six mois, selon l'évolution.![endif]>![if> 9. Dans un rapport intermédiaire du 2 octobre 2013, le Dr C_____ a maintenu son diagnostic. Le ligament croisé antérieur était bien rétabli avec la disparition des douleurs lors de la flexion complète. La rotation et la palpation du ligament collatéral externe étaient sensibles et le genou instable. Le pronostic était favorable, avec du repos. De la kinésithérapie était nécessaire pour muscler le genou, pendant encore dix à douze mois.![endif]>![if> 10. Une IRM du genou gauche réalisée par le docteur F_____ le 29 octobre 2013 a révélé une importante fissuration du ménisque interne avec un segment méniscal très raccourci et un aspect de luxation en anse de seau intra-articulaire. Le ménisque externe présentait des hypersignaux dégénératifs sans image de fissuration. Le ligament croisé antérieur était en rupture complète. L'assuré présentait une subluxation externe de la rotule avec un aspect de chondropathie rotulienne et un hypersignal osseux sous-chondral au niveau de la facette rotulienne externe. Les ailerons rotuliens présentaient une lésion. Enfin, un épanchement liquidien intra-articulaire était constaté.![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 31 octobre 2013 faisant suite à l'examen de l'assuré le 29 octobre 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé qu'un traitement fonctionnel avait été instauré et que l'assuré portait différents types d'attelles, selon l'activité pratiquée. Une option chirurgicale n'avait pas été privilégiée dans un premier temps. Après un traitement fonctionnel de six mois et demi, il persistait des épisodes d'instabilité externe qui empêchaient la reprise du travail actuellement, car une bonne partie de l'activité s'effectuait à genoux, ce qu'il ne pouvait pas faire du côté gauche. Il convenait que l'assuré prenne contact avec un chirurgien orthopédiste pour faire le point.![endif]>![if> 12. Le 28 novembre 2013 le Dr E_____, chirurgien orthopédiste, a certifié que l'état de santé de l'assuré nécessitait une prolongation de l'arrêt de travail à 100% du 28 novembre 2013 au 14 janvier 2014 inclus. Par la suite, il prolongera l'incapacité de travail jusqu'au 16 mars 2014 inclus.![endif]>![if> 13. En novembre 2013, le Dr E_____ a informé le Dr C_____ que l'assuré avait fait une nouvelle chute (intervenue à une date non précisée), laquelle avait provoqué une lésion biméniscale, dont une anse de seau luxée du ménisque interne du genou gauche. Il avait proposé à l'assuré de pratiquer une ligamentoplastie avec méniscectomie interne le 14 janvier 2014. ![endif]>![if> 14. Dans un rapport du 9 janvier 2014, le Dr E_____ a retenu les diagnostics d'entorse grave du genou gauche avec rupture du ligament croisé antérieur et lésion biméniscale. La ligamentoplastie et la méniscectomie prévues le 14 janvier 2014 entraînerait une incapacité de travail de deux mois post-opératoire.![endif]>![if> 15. Dans un avis du 13 janvier 2014, le Dr G_____ a relevé que la capacité de travail de l'assuré était nulle, que le pronostic était a priori favorable et que la reprise du travail pouvait être attendue quatre mois après l'intervention

chirurgicale.![endif]>![if> 16. Le 14 janvier 2014, l'assuré a subi l'intervention chirurgicale prévue par le Dr E_____.![endif]>![if> 17. Dans un rapport du 6 mars 2014, le Dr E_____ a diagnostiqué une entorse grave du genou gauche et une ligamentoplastie du croisé antérieur et une méniscectomie interne le 14 janvier 2014. L'état de l'assuré était en amélioration. Il suivait une rééducation post-opératoire devant durer trois à quatre mois. La reprise du travail à 100% était prévue le 17 mars 2014. ![endif]>![if> 18. Le 13 mars 2014, le Dr E_____ a prolongé l'arrêt de travail du 13 mars au 13 avril 2014 inclus. Cette incapacité totale de travailler a été étendue par le Dr C_____ du 14 avril au 18 mai 2014 dans un premier temps, puis de mois en mois par la suite. ![endif]>![if> 19. Dans un rapport médical intermédiaire du 26 avril 2014 à la SUVA (établi apparemment sans qu'il ait revu l'assuré), le Dr E_____ a maintenu ses diagnostics et fait mention d'une capacité de travail retrouvée depuis le 14 avril 2014. ![endif]>![if> 20. Le 19 mai 2014, le Dr C_____ a diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur. L'évolution suite à la chirurgie était favorable. Toutefois, les douleurs persistaient en cas d'effort important. L'incapacité de travail était totale de six à dix mois après l'intervention, selon l'évolution.![endif]>![if> 21. Le 2 juin 2014, le Dr G_____ a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré était toujours en relation de causalité avec l'accident du 7 avril 2013, en raison de l'opération et du fait qu'elle avait été réalisée en janvier 2014. Le pronostic était a priori bon, mais l'assuré exerçait une activité lourde. Il convenait de refaire le point avec l'intéressé à la mi-juillet.![endif]>![if> 22. Dans un rapport du 13 août 2014 faisant suite à un examen du même jour, le Dr G_____ a considéré que les suites de l'opération avaient été simples, uniquement ralenties par une prise de poids d'environ dix kilogrammes, ce qui ne facilitait pas la récupération fonctionnelle. Lors de l'examen clinique, l'assuré avait présenté une bonne stabilité. Dès lors, une reprise d'activité à 50% était envisageable dès le 20 août 2014. Cette reprise pouvait être encadrée par une prise de contact préalable avec l'employeur, afin qu'elle ne se fasse que sur une demi-journée et en évitant le port de charges supérieures à dix kilogrammes, tout travail à genou et des déplacements incessants sur des terrains accidentés.![endif]>![if> 23. Lors d'un entretien le 14 août 2014, l'employeur a informé la SUVA qu'il ne disposait d'aucun poste de travail adapté aux restrictions retenues par le Dr G_____. À la suite de quoi ce dernier et la SUVA ont convenu de laisser l'assuré en arrêt de travail à 100% pendant encore un mois.![endif]>![if> 24. Par courrier du même jour, la SUVA a informé l'assuré que son incapacité de travail était maintenue à 100% et que la reprise du travail à 50% convenue entre le Dr G_____ et lui-même était annulée.![endif]>![if> 25. Le 4 septembre 2014, le docteur H_____ a réalisé une IRM du genou gauche de l'assuré, à la demande du Dr E_____. L'exploration retrouvait un aspect normal de la plastie du ligament croisé antérieur, avec tout de même une petite hyperplasie synoviale en avant de la plastie évoquant un « cyclope syndrome », étant précisé que cette interposition était de petite taille. Il n'y avait pas d'anomalie des ligaments latéraux ou du croisé postérieur. L'étude du compartiment fémoral médial retrouvait une large méniscectomie médiale sans lésion chondrale, mais avec un petit défaut postérieur et médial du plateau tibial médial compatible avec une éventuelle lésion traumatique.![endif]>![if> 26. Sur la base de cet examen, le Dr G_____ a, dans un avis du 27 octobre 2014, considéré qu'a priori, la reprise du travail n'était pas compromise. Toutefois, l'IRM mentionnait un syndrome du cyclope qui pourrait nécessiter une arthroscopie de contrôle et un toilettage articulaire.![endif]>![if> 27. Dans un rapport du 18 décembre 2014, le Dr E_____ a indiqué avoir revu l'assuré en consultation le 18 septembre 2014. Il présentait une gêne douloureuse en flexion persistante et une gêne en

position accroupie. L'IRM du 4 septembre 2014 montrait une belle plasticité ligamentaire et ne révélait aucune lésion méniscale supplémentaire. L'état de l'assuré s'améliorait, son traitement actuel consistant en de la rééducation. Il fallait s'attendre à ce que des séquelles douloureuses et des raideurs subsistent.!

28. Lors d'un entretien à la SUVA le 2 janvier 2015, l'assuré a notamment indiqué ne pas suivre d'autre traitement que des séances de kinésithérapie. Son incapacité de travail avait été prolongée jusqu'au 30 janvier 2015. Le médecin lui avait dit que son genou allait beaucoup mieux et qu'il avait bien progressé. Celui-ci prévoyait une reprise du travail début mars, à confirmer selon l'évolution.!

29. Dans un rapport du 5 janvier 2015, le Dr G_____ a considéré que l'état de l'assuré était probablement stabilisé. Il confirmait la proposition de reprise du travail à 50%, étant précisé que la situation devait être réévaluée après la tentative de reprise.!

30. Le 6 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestation auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), invoquant des lésions au genou gauche depuis le 7 avril 2013.!

31. Le 20 janvier 2015, l'employeur a notamment informé la SUVA que compte tenu de la durée de l'absence de l'assuré, il avait été contraint de le remplacer, de sorte qu'il n'était pas possible de le réintégrer dans ses équipes.!

32. Dans un rapport du 21 janvier 2015, le Dr G_____ a relevé que la reprise d'activité professionnelle avait été envisagée à 50% dans un premier temps. Celle-ci n'avait toutefois pas été possible, pour des raisons pratiques au sein de l'employeur. Cinq mois plus tard, on pouvait s'attendre à une reprise d'activité à 100% dans la profession habituelle. L'IRM du 4 septembre 2014 permettait de confirmer que le cas était stabilisé à ce jour. La prise en charge d'une séance de physiothérapie hebdomadaire pendant trois mois, afin d'encadrer la reprise professionnelle, et deux consultations annuelles de suivi auprès du Dr E_____ pouvaient être prises en charge.!

33. Par décision du 28 janvier 2015, la SUVA a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans son activité de paysagiste dès le 2 février 2015 et admis la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine durant trois mois. Elle se référait à l'examen du 13 août 2014 et à l'appréciation du 21 janvier 2015 du Dr G_____. Les constatations médicales permettaient de conclure que les séquelles, en voie de guérison, ne gênaient plus l'assuré de façon appréciable.!

34. Le 2 février 2015, l'employeur a indiqué à la SUVA que l'assuré ne s'était pas présenté au travail ce jour-là.!

35. Par courrier du 25 février 2015, l'assuré a formé opposition à la décision du 28 janvier 2015. Sa condition physique, en particulier une gêne au niveau du genou, ne lui permettait pas de reprendre son activité de paysagiste à 100%. Etaient jointes à son opposition un certificat du 20 février 2015 établi par le Dr C_____ et prolongeant son arrêt de travail jusqu'au 31 mars 2015, en raison de son état de santé.!

36. Dans un rapport du mois de mars 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche. L'assuré avait été opéré par le Dr E_____ le 14 janvier 2014. Actuellement, il présentait des gonalgies et des raideurs du genou gauche, étant précisé qu'il serait incapable de récupérer totalement. Sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle depuis le jour de l'accident, soit le 7 avril 2013. Son état de santé l'empêchait de monter ou descendre des escaliers, de marcher sur un terrain accidenté, de s'accroupir ou de se mettre à genou et de porter des charges plus lourdes que dix kilogrammes. Son activité habituelle représentait un risque de chute et d'aggravation de son état articulaire. Elle était encore envisageable, pour autant que l'assuré puisse travailler en position assise et sans port de charges. Le rendement était également réduit. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et après une

reconversion professionnelle, le travail pourrait être repris à 100%.! [endif]>! [if> 37. Dans un rapport du 26 mars 2015, le Dr E_____ a diagnostiqué des séquelles douloureuses après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou gauche et ménissectomie interne. La situation n'évoluait pas et peu d'amélioration était espérée. Aucune reprise du travail ne pouvait être envisagée dans son activité habituelle.! [endif]>! [if> 38. Dans un rapport du 1^{er} avril 2015, le Dr G_____ a relevé que compte tenu de la bonne stabilité du genou constatée lors de son examen clinique, il n'y avait pas de limitation particulière à prévoir dans l'exercice de son activité professionnelle. Il était regrettable qu'une reprise progressive, telle que celle préconisée par ses soins, n'ait pas été suivie dans les faits.! [endif]>! [if> 39. Par décision sur opposition du 14 avril 2015, la SUVA a confirmé la suppression des indemnités journalières et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Le fait que le médecin traitant de l'assuré atteste d'un arrêt de travail de 100% ne suffisait pas à remettre en cause les conclusions du Dr G_____.! [endif]>! [if> 40. Par courrier du 4 mai 2015 adressé au Dr G_____, le Dr C_____ a indiqué que les soins chirurgicaux et la kinésithérapie n'avaient pas été satisfaisants, donnant suite à une perte des capacités physiques. En raison des limitations fonctionnelles, un changement d'orientation était nécessaire, la reprise de l'activité habituelle n'étant plus envisageable. La décision de reprise de travail de la SUVA devait ainsi être réétudiée.! [endif]>! [if> 41. Le 7 mai 2015, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle.! [endif]>! [if> 42. Par courrier daté du 13 mai 2015 et postée le 15 mai 2015 à Cranves Sales (France) à l'attention de la SUVA (adresse d'expéditeur : rue I_____, 74930 Reignier), l'assuré a fait part de son désaccord avec la décision du 14 avril 2015, et a demandé « au Tribunal du canton de Lucerne » de statuer sur sa situation, qui était délicate.! [endif]>! [if> 43. Ce courrier a été transmis par l'intimée à la chambre de céans pour raison de compétence en date du 21 mai 2015.! [endif]>! [if> 44. Le 5 juin 2015, l'OAI a considéré que l'assuré remplissait les conditions pour le droit à une mesure d'orientation professionnelle, du 15 juin au 13 septembre 2015.! [endif]>! [if> 45. Dans sa réponse du 22 juin 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 14 avril 2015. En premier lieu, elle a relevé que l'acte de recours n'exposait aucun fait ni ne faisait valoir aucun argument. Il n'était par conséquent pas conforme aux exigences prescrites par la loi et devait donc être déclaré irrecevable.! [endif]>! [if> Se déterminant néanmoins sur le fond pour le cas où le recours serait déclaré recevable, l'intimée a relevé que le litige à trancher était de nature exclusivement médicale et portait sur la question de savoir si elle était tenue de verser des prestations au-delà du 2 février 2015. Le Dr G_____ avait largement détaillé les raisons faisant qu'il convenait d'admettre que le recourant était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 100%. Ce médecin s'était basé sur l'IRM réalisée le 4 septembre 2014, ainsi que sur les diverses entrevues qu'il avait eues avec le recourant. Il parvenait à des conclusions convaincantes, ne laissant subsister aucun doute ni aucune contradiction. Quant aux avis des médecins traitants du recourant, dont il fallait considérer qu'ils avaient une valeur probante réduite, conformément à la jurisprudence, ils n'étaient pas de nature à mettre en doute le bien-fondé de l'appréciation du Dr G_____. 46. Par lettre recommandée du 25 juin 2015 envoyée à l'adresse indiquée par le recourant (rue I_____ à 74930 Reignier), la chambre de céans lui a octroyé un délai au 14 juillet 2015, sous peine d'irrecevabilité (expression mise en gras), pour satisfaire aux exigences relatives au contenu minimum d'un recours, telles que fixées par la loi, en les lui indiquant de façon explicite, à savoir exposer succinctement les faits et les motifs qu'il invoquait (à savoir

quels griefs il faisait valoir à l'encontre de la décision sur opposition attaquée), et indiquer ses conclusions (à savoir ce qu'il demandait à la chambre des assurances sociales d'ordonner, comme par exemple l'annulation ou la modification de la décision attaquée, dans un sens à préciser).!> Ce courrier lui a été retourné par la Poste française avec la mention « Destinataire inconnu à l'adresse » indiquée. 47. Le 6 juillet 2015, la chambre de céans a renvoyé son pli précité du 25 juin 2015 au recourant, à une nouvelle adresse, figurant au pied d'un courrier de la SUVA, à savoir chez Monsieur J_____, route de K_____, 74930 Reignier, tant par courrier recommandé que par courrier prioritaire. Elle a prolongé au 21 juillet 2015 le délai qu'elle lui avait imparti initialement, pour compléter son acte de recours conformément aux exigences égales, « sous peine d'irrecevabilité de (son) recours ». !> Ce courrier recommandé a été distribué à l'assuré le 13 juillet 2015. 48. Par courrier du 27 juillet 2015 envoyé à l'assuré sous pli recommandé et sous pli simple, la chambre de céans a prolongé le délai précité jusqu'au 17 août 2015, en lui renvoyant une copie de son courrier du 6 juillet 2015 et lui précisant à nouveau qu'il lui fallait répondre aux exigences relatives au contenu d'un recours, « sous peine d'irrecevabilité de celui-ci ».!> 49. Par lettre recommandée datée du 17 août 2015, postée à la Poste française le 19 août 2015 (comportant comme adresse d'expéditeur route de L_____, 74380 Arthaz Pont-Notre-Dame), le recourant a fait valoir que son chirurgien et son médecin traitant lui interdisaient des positions à genou, le port de charges de plus de dix kilogrammes, ainsi que les déplacements sur des terrains instables. Son métier de paysagiste lui imposant cela, il lui était impossible de le pratiquer. Le médecin conseil de l'assurance-invalidité avait par ailleurs estimé la reprise de son travail de paysagiste impossible, raison pour laquelle il avait débuté une reconversion professionnelle dès le 15 juin 2015. Il relevait que la suppression des indemnités journalières avait engendré une absence de revenu du 2 février au 15 juin 2015 (début de la mesure de reconversion), ayant abouti à une situation financière précaire et à la perte de son logement. Il avait pu éviter un interdit bancaire de justesse.!> 50. Par courriers recommandés et sous pli simple du 24 août 2015, adressés tant à la dernière adresse (route de L_____, 74380 Arthaz Pont-Notre-Dame) qu'à l'avant-dernière adresse (chez M. J_____, route de K_____, 74930 Reignier) indiquées par le recourant, la chambre de céans a invité ce dernier à se déterminer sur la tardiveté de son écriture du 17 août 2015 et, par là même, sur l'irrecevabilité de son recours.!> 51. Dans une écriture du 7 septembre 2015, le recourant, désormais représenté, a conclu à ce que son recours soit déclaré recevable, à ce que la cause soit instruite et à ce que la décision sur opposition de l'intimée du 14 avril 2015 soit annulée. Il avait compris que l'irrecevabilité ne portait que sur les motivations et les conclusions de son recours, et non sur le délai qui lui était octroyé pour remédier à ses lacunes. Il avait en outre attendu le retour de sa mère afin qu'elle l'aide à rédiger et à dactylographier son écriture, mais également à comprendre ce qui était attendu de lui. Il précisait s'être senti perdu dès le début face aux délais, aux autorités et au langage utilisé, envoyant son recours à la SUVA Genève, à la SUVA Lucerne et au Tribunal fédéral en lieu et place de la chambre de céans. Si l'irrecevabilité de son recours était retenue, il subirait un préjudice irréparable, ne pouvant faire valoir ses droits au versement d'indemnités, alors que tous les médecins ainsi que l'OAI s'accordaient sur une incapacité de travail totale dans son activité habituelle en raison de son accident.!> 52. En date du 8 septembre 2015, le Tribunal cantonal du canton de Lucerne a transmis à la chambre de céans un second recours du 13 mai 2015, que l'assuré lui avait adressé le 15 mai 2015, pour objet de sa compétence. Étaient joints à cet

envoi les pièces transmises par les parties, ainsi que les divers échanges d'écritures et actes d'instruction ordonnés. Constatant que le recours était incomplet, le Tribunal cantonal du canton de Lucerne avait également imparti un délai – reporté à plusieurs reprises en raison d'un mauvais adressage – au 30 juin 2015 au recourant, afin qu'il complète son recours, sous peine de voir celui-ci être écarté.!

!> Dans un courrier du 29 juin, posté selon le timbre de réception du Tribunal du canton de Lucerne le 30 juin 2015, le recourant avait expliqué que son état de santé ne lui permettait plus de faire son métier, ce qui avait par ailleurs abouti à une décision de l'OAI, prenant en charge des frais d'orientation professionnelle, afin de lui permettre de se réinsérer dans la vie active. 53. Le 14 septembre 2015, la chambre de céans a relevé que dans le cadre de la procédure devant le Tribunal cantonal du canton de Lucerne, le recourant avait déposé un recours identique à celui adressé à l'intimée. Dans ce contexte, le Tribunal cantonal du canton de Lucerne lui avait imparti un délai au 30 juin 2015 pour le compléter, délai qu'il avait respecté en motivant son recours de manière sommaire mais suffisante. Par conséquent, le recourant disposait d'un délai au 28 septembre 2015 pour consulter le dossier et présenter, le cas échéant, des observations sur le fond du litige. !> 54. Dans sa réplique du 28 septembre 2015, le recourant a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 14 avril 2015 et à ce que son droit à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières soit reconnu au-delà du 2 février 2015, sous suite de frais et dépens. En substance, les avis des Drs E_____ et C_____, qui considéraient que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, devaient primer sur les conclusions du Dr G_____. L'intimée n'avait pas requis d'avis médical extérieur, et par conséquent mal instruit le cas. !> 55. Dans sa duplique du 14 octobre 2015, l'intimée a intégralement persisté dans ses conclusions. Dans son rapport du 21 janvier 2015, le Dr G_____ avait retenu que le recourant pouvait reprendre son activité habituelle à plein temps, dans la mesure où l'IRM du 4 septembre 2014 avait révélé une plasticité normale du ligament croisé antérieur et que les observations cliniques réalisées par ses soins avaient permis de mettre en évidence une bonne stabilité de l'articulation. Dans son rapport du 10 avril 2015, il avait confirmé que le genou du recourant présentait une bonne stabilité de l'articulation. Le Dr G_____ avait tenu compte des conclusions des médecins traitants. Pour lui, il ne faisait toutefois pas de doute qu'il n'y avait pas de limitation particulière dans l'exercice de l'activité habituelle. Ce dernier avait refusé de reprendre le travail le 2 février 2015, ce qui constituait une violation de son obligation de diminuer le dommage. Le recourant se contentait d'alléguer que ses médecins traitants étaient d'un autre avis que le Dr G_____, sans apporter aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions de ce dernier, dont les rapports devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant aux allégations du recourant selon lesquelles le dossier n'aurait pas été suffisamment instruit, elles étaient sans fondement. En effet, le dossier contenait les résultats d'investigations radiologiques et les rapports des médecins traitants. Les plaintes du recourant avaient été entendues, décrites, examinées et discutées. De plus, l'intéressé avait été reçu en consultation par le Dr G_____ les 29 octobre 2013 et 13 août 2014. Par conséquent, son cas avait fait l'objet d'une instruction détaillée et exhaustive, le service médical de l'intimée s'étant vu soumettre l'entier du dossier à cinq reprises.!

!> 56. Par courrier du 16 octobre 2015, la chambre de céans a requis de l'OAI qu'elle lui transmette une copie du dossier en sa possession. L'OAI a fait suite à cette demande le 5 novembre 2015. Le dossier transmis contenait notamment :!> - un avis du 1er juin 2015 de la docteure M_____, membre FMH du service médical régional de l'AI

(ci-après : SMR), à teneur duquel ce médecin rejoignait les conclusions du Dr C_____ et considérait que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée n'impliquant pas la station debout prolongée, le travail accroupi ou à genoux, de monter ou descendre des escaliers, le port de charges et la marche sur terrain accidenté ; - un rapport des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 5 octobre 2015 relevant que le recourant ne pouvait pas maintenir une position statique durablement. Les positions de travail devaient être alternées. Toutefois, il était capable d'accomplir une journée de travail sans limitation, pour autant qu'il puisse alterner déplacements et positions statiques assise et debout. Son tonus était exploitable dans une activité du marché du travail ordinaire, étant précisé que sa vivacité et son rythme pouvaient être fluctuants en fonction de sa motivation. Un stage d'essai de trois jours en qualité d'agent de maintenance avait abouti à une embauche à plein temps, à partir du 14 septembre 2015, pour un salaire de CHF 3'268.- payé treize fois l'an ; - un tableau de détermination du degré d'invalidité du recourant fixant l'invalidité de l'intéressé à 12,5% (revenu d'invalidité de CHF 59'908.- comprenant un abattement de 10% et revenu sans invalidité de CHF 68'445.- en 2013) ; - un rapport de surveillance de l'OAI du 13 octobre 2015 concluant à la clôture du mandat de réadaptation professionnelle, en raison de l'engagement à plein temps du recourant dans une nouvelle activité adaptée dès le 14 septembre 2015. La perte de gain subie était entièrement assumée par le recourant, de par son choix professionnel ; - une décision du 16 octobre 2015 de l'OAI refusant au recourant toute rente d'invalidité ou mesure d'ordre professionnel. 57. Dans ses observations du 8 décembre 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'avis du 1^{er} juin 2015 de la Dresse M_____ corroborait les conclusions des Drs C_____ et E_____, soit que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle depuis le mois d'avril 2013. 58. Dans ses observations du 4 janvier 2016, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que l'OAI avait fondé ses conclusions sur la base de l'avis de la Dresse M_____. Or, celui-ci souffrait « d'un manque de consistance ». En outre, la Dresse M_____ ne réfutait pas l'avis du Dr G_____, estimant que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, sans pour autant apporter la moindre explication. L'évaluation des risques et chances de succès d'une reprise de l'activité habituelle n'avait pas été abordée par les médecins, à l'exception du Dr G_____. Ainsi, la position de l'OAI était infondée, dans la mesure où elle reposait sur un avis médical insuffisamment motivé, voire lacunaire. 59. La cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition de la SUVA mettant un terme à des prestations prévues par la LAA (art. 56 LPGA). 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à

leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal imparti un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté. L'art. 89B LPA reprend les mêmes exigences de contenu du recours à la chambre de céans (al. 1 let b et c) et prévoit également que si la lettre ou le mémoire n'est pas conforme à ces règles, la chambre de céans imparti un délai convenable à son auteur pour le compléter en indiquant qu'en cas d'inobservation, la demande ou le recours est écarté. La décision sur opposition que la SUVA a rendue dans cette affaire le 14 avril 2015 rappelait d'ailleurs explicitement les exigences relatives au contenu d'un recours. Il est patent que les courriers que le recourant a adressé à la SUVA ainsi qu'au Tribunal du canton de Lucerne le 13 mai 2015 pour contester cette décision sur opposition ne satisfont pas aux exigences relatives au contenu d'un recours. Aussi est-ce à juste titre que la chambre de céans, de même que le Tribunal du canton de Lucerne, a imparti au recourant un délai pour remédier aux carences de son recours. Si le recourant n'a pas répondu à cette exigence en temps utile auprès de la chambre des assurances sociales, il l'a cependant fait auprès du Tribunal du canton de Lucerne dans son courrier daté du 29 juin 2015 et posté le jour suivant. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 et ss LPGA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières à compter du 2 février 2015. 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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du

degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). 7.

Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prester de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA – les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a

besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un

dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 11. Le Tribunal fédéral des assurances avait précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). 12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui

estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 14. a. En l'espèce, le recourant considère qu'en raison de son accident, il présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 7 avril 2013 et au-delà du 2 février 2015. Pour parvenir à cette conclusion, il se fonde sur les rapports des Drs C_____ et E_____, ainsi que sur l'avis du 1^{er} juin 2015 de la Dresse M_____ du SMR. En outre, il conteste la valeur probante des appréciations du Dr G_____. b. Pour sa part, l'intimée, s'appuyant sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, considère le recourant comme étant capable de travailler à plein temps dans son activité habituelle dès le 2 février 2015. À l'inverse du recourant, elle estime que la valeur probante des rapports du Dr G_____ doit être reconnue et son analyse du cas préférée à celle des Drs C_____, E_____ et M_____. b. Force est de constater que si la brièveté d'un rapport médical n'affecte pas nécessairement sa qualité, les appréciations médicales du Dr G_____ ont en l'occurrence un caractère sommaire et comportent des lacunes. Outre leur forme peu satisfaisante du point de vue de la clarté de l'analyse, aucun des rapports du Dr G_____ ne contient de diagnostics clairement posés, ou une anamnèse détaillée, ledit médecin se contentant de résumer très succinctement quelques pièces du dossier. De plus, malgré les conclusions relatives à la capacité de travail du recourant manifestement opposée aux siennes des autres médecins ayant eu connaissance du cas, le Dr G_____ n'a à aucun moment réellement discuté de leur bien-fondé ou de leur absence de pertinence, ni expliqué en quoi son analyse devait être privilégiée. Enfin, les conclusions du Dr G_____ ne sont pas motivées à satisfaction de droit, leur lecture ne permettant pas de comprendre les atteintes à la santé dont souffre le recourant et leurs conséquences éventuelles sur sa capacité de travail. c. Quant aux Drs C_____ et E_____, outre le fait qu'il convient de tenir compte de leur qualité de médecin traitant du recourant, leurs différents rapports ne sont pas suffisamment détaillés et motivés pour permettre à la chambre de céans de leur reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, compte tenu de leur teneur et de l'atteinte à la santé du recourant et des limitations fonctionnelles qui en découlent, il convient d'admettre que les avis de ces médecins jettent un doute suffisant sur les conclusions du Dr G_____ pour que cela justifie de les remettre en cause, à tout le moins sous leur forme actuelle. Cela est d'autant plus vrai que le Dr M_____ du SMR a validé les conclusions du Dr C_____ relative à la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. S'il est vrai que l'intimée n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité, il n'en demeure pas moins que dans le cas présent, le fait que le Dr M_____ valide les conclusions précitées et que l'OAI suive cet avis sans instruction complémentaire ne fait que renforcer les doutes quant à la position du Dr G_____. d. Il apparaît donc que l'intimée a rendu la décision querellée sans disposer de document médical pleinement probant, de sorte qu'il convient de lui retourner le dossier afin qu'elle

procède aux investigations médicales nécessaires. Sur ce point et compte tenu du caractère antagoniste des avis des Drs C_____, E_____ et M_____, et G_____, il incombe à l'intimée de requérir l'avis d'un médecin indépendant. 15. Le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 14 avril 2015 annulée.![endif]>![if> 16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 750.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). ![endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.