

GE_GERICHTE A/254/2023 vom 18. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_254_2023

FR: GE_GERICHTE A/254/2023 du 18 juin 2024

IT: GE_GERICHTE A/254/2023 del 18 giugno 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 56 LPGA et art. 62al. 1 et 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières et à la prise en charge par l'intimée de ses frais de traitement médical au-delà du 1^{er} septembre 2022.

E. 3.1

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA.

E. 3.2

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

E. 3.3

Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). 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).

E. 3.3.1

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 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. 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au statu quo sine en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

E. 3.3.2

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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 A117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 3.4

En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

E. 3.5

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener ce traitement ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). La prescription d'antalgiques n'exclut pas non plus la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

E. 3.6

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 LPGGA), 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). 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. 3.7

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 3.8

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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 3.9

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 LPGGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGGA). 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).

E. 3.10

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).

E. 4

En l'espèce, l'intimée a mis un terme aux prestations sur la base des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du H_____ retenant que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était de 50% au jour de l'expertise, soit mai 2022, et qu'elle serait vraisemblablement entière deux mois plus tard (expertise, p. 25). Sur le plan orthopédique, l'état définitif était atteint et il n'y avait plus de traitement physique en cours, ni de

traitement nécessaire. Pour le surplus, aucune atteinte neurologique objectivable et aucun trouble psychique n'étaient retenus par les experts, de sorte qu'aucun traitement n'était nécessaire dans ces domaines.

E. 4.1

Comme le recourant le relève à juste titre, cette expertise comporte des lacunes et contradictions majeures qui ne permettent pas de la considérer comme probante. Tout d'abord, il n'est pas cohérent que l'expert en médecine physique et rééducation constate qu'il persiste depuis l'accident « des lâchages et des douleurs du membre inférieur droit de nature peu claires » (p. 21) et n'en tienne pas du tout compte dans son évaluation de la capacité de travail. C'est d'autant plus problématique que l'expert en neurologie en fait de même. Ainsi, ce dernier atteste qu'au « niveau du membre inférieur droit on retrouve tout comme à l'examen du Dr G_____ et du Dr I_____, des phénomènes de lâchage étagés plus ou moins antalgiques, sans que l'on objective de franc déficit moteur » (p. 22). Faute cependant de pouvoir expliquer ces phénomènes, dont il reconnaît pourtant la réalité, il en fait totalement fi dans son évaluation, concluant à un examen « sans anomalie neurologique significative, avec des troubles atypiques mal systématisés » (p. 22). Au final, ces douleurs, « lâchages » et autres déficits d'extension du pied et des orteils, observés par les experts et attestés également par les différents médecins traitants depuis l'accident ne sont pas pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail du recourant, faute, au demeurant, de pouvoir être expliqués par les experts. Il s'agit cependant d'un élément essentiel à l'appréciation de cette capacité, dans la mesure où ce sont précisément ces « lâchages » et douleurs qui ont empêché l'intéressé de se déplacer sans canne, depuis l'accident (y compris, contrairement à ce que les experts indiquent à tort, lors de sa sortie de la CRR). Dès lors, l'on s'étonne que les experts aient considéré que le recourant avait recouvré sa capacité de travail et qu'aucun traitement complémentaire n'était nécessaire. Une telle conclusion est d'autant plus surprenante qu'ils ont contacté le Dr F_____ qui avait pour sa part émis l'hypothèse d'une composante neuropathique sur le SPE, au vu des effets positifs d'une perfusion de Lidocaïne sur le déficit de dorsiflexion du pied droit. Évoquant une atteinte du SPE en raison de l'hématome consécutif à l'accident, le spécialiste de la douleur avait adressé son patient au Prof. L_____ « afin d'objectiver si une décompression du nerf fibulaire au passage du col de la fibula-péroné ne devrait pas être envisagée » (p.12 et p. 24). Écartée par les experts, cette hypothèse s'est révélée être juste, dans la mesure où l'intervention du 27 septembre 2022 du Prof. L_____, ainsi que le traitement d'ergothérapie subséquent, ont mis un terme aux « lâchages de genou » et ont permis au recourant de se déplacer sans canne et de retrouver une pleine capacité de travail. Certes, il ne saurait être reproché aux experts de ne pas avoir suivi l'avis des médecins traitants, ce quand bien même cet avis s'avèrera par la suite fondé. En revanche, il n'est pas satisfaisant qu'ils écartent la seule hypothèse en mesure d'expliquer les « lâchages de jambe » (qui sont établis), ce sans proposer eux-mêmes d'explication alternative ni procéder à des investigations complémentaires. De telles investigations auraient été d'autant plus nécessaires que les experts n'indiquent pas non plus comment ils estiment qu'un assuré qui marche avec une canne depuis l'accident et qui n'a connu depuis lors aucun progrès du point de vue du « lâchage de la jambe » (sous réserve de courts effets bénéfiques d'une infiltration en intraveineuse), est en mesure de travailler à 50% comme employé agricole-viticulteur au jour de l'expertise et, surtout, devrait être en mesure de le faire à 100%, deux mois plus tard, moyennant la poursuite de la natation et du renforcement musculaire (p. 25). Il ressort pourtant de la description de son poste de travail par l'expertisé

que son activité est physiquement exigeante et comporte notamment des déplacements en terrains irréguliers et un travail manuel important (p. 13). L'ensemble de ces éléments conduit à considérer l'expertise comme peu cohérente et ainsi peu convaincante. Les experts ont pu constater à l'examen et au vu du dossier médical que le recourant n'était plus en mesure de marcher sans canne depuis l'accident en raison de la problématique reconnue des « lâchages de la jambe ». Alors qu'au jour de l'expertise et au vu du dossier médical, cette atteinte apparaissait comme la plus limitante, les experts l'ont complètement écartée de leur analyse, faute, au demeurant, d'être en mesure de l'expliquer sous l'angle de leurs spécialités respectives. Cette lacune est suffisamment importante pour remettre clairement en cause la valeur probante des conclusions de l'expertise notamment quant au fait qu'il n'existait plus de traitement permettant d'améliorer l'état fonctionnel du recourant ou encore quant à sa capacité de travail comme ouvrier agricole au jour de l'expertise (50%) et à deux mois (100%).

E. 4.2

Au-delà des lacunes de l'expertise, l'intimée a également erré en n'investiguant pratiquement plus le dossier entre sa décision initiale du 26 juillet 2022 et celle sur opposition du 13 décembre 2022, omettant que l'état de fait déterminant est celui qui prévaut au moment de la décision sur opposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_798/2017 du 2 août 2018 consid. 3.2). L'intimée aurait ainsi notamment dû contacter le Prof. L_____, avant l'intervention du 27 septembre 2022 afin de s'enquérir de son appréciation de la situation ou, pour le moins, après dite opération pour en connaître le résultat. En effet, la décision sur opposition a été rendue plus de deux mois après cette intervention qui semble s'être avérée décisive dans la récupération par le recourant de ses pleines capacités, notamment celle de marcher sans canne, puis de reprendre, quelques mois plus tard, son emploi à temps complet. Au-delà de l'amélioration fonctionnelle qu'elle semble avoir généré, cette intervention a également permis, en tant que de besoin, de confirmer et d'objectiver la lésion nerveuse à l'origine des « lâchages de genou » décrite par la plupart des médecins traitants et notamment le Dr F_____. Or, la confirmation d'une telle lésion dont les signes typiques - soit un déficit d'extension dorsal du pied avec un pied tombant puis des irradiations depuis la rotule - étaient présents quatre jours après l'accident (expertise, p. 8), justifiait à elle seule un complément d'expertise, les résultats de l'expertise initiale étant manifestement erronés. Indépendamment de cette question, l'intimée aurait enfin dû investiguer si l'exercice de l'activité habituelle telle que décrite par l'employeur dans son attestation du 29 août 2022 (produite avec l'opposition) - qui détaille le cahier des charges et l'impossibilité d'y faire face en ne pouvant se déplacer qu'avec une canne - était effectivement compatible, même à 50%, avec l'état de santé du recourant. Cela paraissait d'autant plus pertinent que les experts n'ont visiblement pas saisi la nature précise du travail exercé, ni ses implications sur le plan physique. Au final, tant l'expertise que les investigations générales de l'intimée sont lacunaires, et omettent la problématique de la lésion du nerf à l'origine des « lâchages de genou ». Celle-ci semble pourtant avoir une incidence notable sur la capacité de travail du recourant et apparaît de prime abord comme entrant dans un rapport de causalité naturelle adéquate avec l'accident. En effet, le recourant n'avait aucun problème de genou avant l'accident et les signes typiques de ce type de lésions sont apparus pour la première fois dans les jours qui s'en sont suivis (expertise, p.8). L'intimée ne dit d'ailleurs pas le contraire, vu qu'elle n'analyse tout simplement pas la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et la lésion du nerf du seul fait qu'elle nie celle-ci.

E. 5

Le recours est donc partiellement admis, la décision sur opposition du 13 décembre 2022 est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour investigations complémentaires sur ces éléments et nouvelle décision portant sur la prise en charge du traitement médical au-delà du 1^{er} septembre 2022 (y compris l'opération du 27 septembre 2022 et ses suites) et des indemnités journalières au-delà du 1^{er} septembre 2022, avancées par l'appelée en cause.

E. 6

Le recourant n'étant pas assisté d'un conseil, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Il en va de même pour l'appelée en cause. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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