RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1411/2020 **ATAS/893/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 17 novembre 2023

Chambre 4

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ a subi un accident le 26 février 2014 alors qu'il était employé en qualité de concierge par B_____ (ci-après : l'employeur) et assuré à ce titre contre les accidents et les maladies professionnels par GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : GMA ou l'intimée).

b. Son employeur a déclaré l'accident à GMA le 4 mars 2014, en indiquant qu'en voulant changer une ampoule, l'assuré était tombé d'une échelle.

c. Le 20 mars 2014, le docteur C_____, médecin généraliste, a indiqué à GMA avoir donné les premiers soins à l'assuré le 26 février 2014, le jour de l'accident. Il avait constaté des douleurs au dos et genou gauche. Une IRM avait été faite. Les diagnostics étaient une déchirure méniscale et une contusion lombaire.

d. Le 17 mars 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu l'assuré le jour même. Suite à la persistance des douleurs, celui-ci avait passé une IRM le 6 mars 2014, qui concluait à une lésion grade III de type undersurface tear de la corne postérieure du ménisque interne associée à un petit kyste synovial à la base du LCA (lésion du ligament croisé antérieur) sans signification particulière et la présence d'un kyste poplité de 1 cm de diamètre. L'examen clinique mettait en évidence une souffrance du compartiment interne compatible avec le diagnostic de lésion méniscale interne du genou, qui sinon était stable dans le plan frontal et sagittal. Le traitement proposé était une arthroscopie opératoire avec une méniscectomie partielle interne du genou gauche.

e. Dans un certificat médical LAA du 15 avril 2014, le Dr C_____ a indiqué avoir donné les premiers soins à l'assuré le 27 février 2014. Le médecin avait constaté des douleurs au dos et au genou gauche de l'assuré et posé, sur la base de l'IRM, le diagnostic d'entorse grave au genou gauche.

f. Dans un rapport opératoire du 15 mai 2014, le Dr D_____ a indiqué comme diagnostic préopératoire : suspicion de lésion méniscale interne du genou gauche, et comme diagnostic post-opératoire : underface tear de la corne du ménisque interne du genou gauche. Il avait procédé à une arthroscopie opératoire du genou et à une méniscectomie partielle de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne.

g. Le 12 juin 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une échographie du genou gauche de l'assuré et conclu à un épanchement intra-articulaire prédominant dans le compartiment interne du genou. Il n'y avait pas de kyste poplité objectivable.

h. Le 23 juin 2014, le Dr E_____ a procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré et conclu à un épanchement intra-articulaire, un petit kyste poplité, un

status post méniscectomie interne de la corne postérieure sans re-déchirure, des kystes intra-spongieux sous les épines tibiales et une bursite pré-rotulienne.

i. Par décision du 7 juillet 2014, GMA a considéré que les troubles au genou gauche de l'assuré, qui avaient nécessité une intervention en mai 2014, étaient d'origine exclusivement dégénérative et qu'ils ne pouvaient pas être attribués à l'événement du 26 février 2014, qui n'avait d'ailleurs provoqué aucune lésion traumatique objective. Son intervention se limitait, dès lors, à la prise en charge des frais médicaux relatifs à la contusion lombaire bégnine, qui avait dû cesser de déployer ses effets après quatre semaines tout au plus. Le *statu quo ante* devait être considéré comme atteint le 31 mars 2014 au plus tard.

j. Le 5 septembre 2014, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé opposition à la décision du 7 juillet 2014. Il contestait les conclusions du médecin-conseil de l'intimée, selon lesquelles ses troubles au genou gauche seraient exclusivement d'origine dégénérative.

k. Le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport, a établi le 14 janvier 2015 un rapport de consultation du 13 janvier 2015, lequel mentionnait qu'il s'agissait d'un patient qui présentait un status après une chute d'un escabeau le 26 février 2014, suivie de gonalgies gauches diagnostiquées par une IRM de déchirure grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne. Traité par méniscectomie partielle de la corne postérieure interne, le patient avait présenté des douleurs persistantes de ce genou. Malgré plusieurs infiltrations, les plaintes persistaient et une nouvelle IRM montrait une récidive de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Sous « diagnostics », le Dr F_____ mentionnait : « re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec plica antéro-interne symptomatique ». Il proposait au patient une nouvelle arthroscopie avec, cette fois, méniscectomie complète de la corne postérieure du ménisque interne et ablation de plica antéro-interne.

l. Le 26 juin 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecin-conseil de GMA, a établi un rapport sur la base d'une copie du dossier assécurologique de l'assuré. S'agissant du genou gauche de l'assuré, une IRM réalisée le 6 mars 2014 n'avait pas démontré de lésion structurelle imputable à l'accident et notamment pas de lésion des ligaments périphériques et des ligaments croisés. Par contre, elle avait révélé la présence d'un état antérieur dégénératif, sous forme d'une déchirure horizontale de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne. Une déchirure horizontale de grade II à III du ménisque, qui résultait d'un mécanisme de clivage horizontal, était une lésion d'étiologie strictement dégénérative. La chute du 26 février 2014 avait vraisemblablement occasionné une contusion bénigne du genou gauche, sans lésion ligamentaire et sans lésion méniscale traumatique démontrée à l'imagerie. En l'absence de lésion structurelle imputable à une chute et en présence d'un état antérieur dégénératif, on devait considérer que

cette chute avait décompensé de manière passagère l'état antérieur et qu'elle avait cessé de déployer ses effets trois à quatre semaines après (*statu quo sine*). Il s'agissait du délai habituel de guérison d'une contusion au genou. Le traitement par arthroscopie du 15 mai 2014 et les investigations réalisées après cette intervention ainsi que la nouvelle arthroscopie proposée par le Dr F_____ ne concernaient pas l'accident du 26 février 2014 ni ses suites.

m. Par décision sur opposition du 28 juillet 2016, GMA a admis partiellement l'opposition du 5 septembre 2014 et accepté de prendre en charge les troubles du genou gauche jusqu'au 31 mars 2014, ainsi que l'incapacité de travail y afférente et les frais médicaux concernant les troubles du rachis lombaire jusqu'au 31 août 2014.

n. Le 14 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

o. Par arrêt du 2 mai 2017 (ATAS/353/2017), celle-ci a admis le recours, annulé la décision rendue par GMA le 28 juillet 2016 et dit que celle-ci devait prendre en charge les prestations découlant de l'accident du 26 février au-delà du 31 mars 2014 et, en particulier, celles liées à l'opération du 15 mai 2014. GMA devait compléter l'instruction pour déterminer si les prestations ultérieures, en particulier celles liées aux opérations subies par l'assuré en août 2015 et janvier 2016, avaient encore trait à une atteinte en lien de causalité avec l'accident du 26 février 2014. Il n'était pas contesté que le recourant avait subi une déchirure du ménisque, soit une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA. GMA avait accepté de prendre en charge les troubles du genou gauche du recourant jusqu'au 31 mars 2014, sur la base d'un rapport de son médecin-conseil, le Dr G_____. Elle avait ainsi admis que l'accident du 26 février 2014 avait eu initialement un rôle causal dans l'atteinte à la santé de l'assuré. Cette atteinte ne pouvait donc être exclusivement attribuée à la maladie. Il restait à déterminer si, à compter du 31 mars 2014, l'origine maladive ou dégénérative de l'atteinte à la santé du recourant, à l'exclusion d'une origine accidentelle, était « clairement établie » par le Dr G_____. Tel n'était pas le cas. L'intimée ne pouvait ainsi pas fixer le *statu quo ante/sine* au 31 mars 2014. Elle devait prendre en charge les prestations découlant de l'événement du 26 février 2014 au-delà du 31 mars 2014 et, en particulier, celles liées à l'opération du 15 mai 2014.

Il appartiendra, en conséquence, à l'intimée de procéder à une instruction complémentaire afin de déterminer si, après l'opération du 15 mai 2014, les douleurs au genou gauche de l'assuré étaient encore en lien de causalité avec l'accident du 26 février 2014 et, dans le cas contraire, dater le retour au *statu quo sine*.

p. L'intimée a formé recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, qui l'a rejeté le 4 avril 2018 (arrêt 8C_418/2017), considérant que la chambre de céans

n'avait pas violé le droit fédéral en considérant que l'intimé devait prendre en charge le cas au moins jusqu'à l'opération du 15 mai 2014.

B. **a.** GMA a fait procéder à une expertise orthopédique par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. À teneur de son rapport du 26 juillet 2018, l'expert a conclu que l'atteinte au genou gauche de l'assuré était sévère antérieurement à l'événement du 26 février 2014, avec une double association de nature maladive, associée à un traumatisme du 17 mai 2013. La présence du kyste de Baker attestait de l'ancienneté de la présence des lésions dégénératives au genou gauche. La maladie dégénérative mucoïde était générale, car elle affectait les deux genoux. L'expert relevait encore l'absence de tout autre lésion du genou gauche ainsi que l'absence de tout signe clinique, selon les déclarations de l'assuré du même jour.

Il était hautement vraisemblable qu'une instabilité passagère au genou gauche ou l'apparition d'une brève douleur à celui-ci ait conduit à la chute de l'assuré, en l'absence de compensation immédiate du genou controlatéral le 26 février 2014 et que la symptomatologie de la maladie dégénérative se soit manifestée pour la première fois lors de l'application de ces contraintes liées à l'utilisation de l'échelle, ce qui avait entraîné, secondairement, la chute. Par la suite, la maladie dégénérative était restée symptomatique au genou gauche ainsi que le montrait l'évolution.

On retrouvait, après l'événement du 26 février 2014 et sans modification, l'affection maladive dégénérative du ménisque interne connue depuis le 5 juin 2013. Le diagnostic en lien de causalité naturelle avec l'événement du 26 février 2014 était donc une contusion du genou gauche le 26 février 2014. Celle-ci avait cessé de déployer ses effets un mois plus tard, soit le 31 mars 2014. Il n'existait pas de séquelle de cette contusion du genou gauche. En effet, la contusion par la dégénérescence mucoïde n'entraînait pas de modification de celle-ci. Ceci était bien montré par l'examen sous la vue et le test au crochet lors de l'arthroscopie du genou du 15 mai 2014.

L'état antérieur du genou gauche, défini par la dégénérescence mucoïde débutante du LCA gauche et par la dégénérescence mucoïde de stade II étendue, horizontale, de la corne postérieure du ménisque interne avec un kyste de Baker n'était en rien modifié par l'événement du 26 février 2014. En effet, la contusion du genou gauche, sans épanchement intra-articulaire, ne modifiait pas les caractéristiques de la lésion méniscale préexistante, ni celle du ligament croisé antérieur.

Le *statu quo ante* et *le statu quo sine* étaient ainsi retenus au 31 mars 2014.

La lésion méniscale interne du genou gauche était de nature dégénérative, de type mucoïde. Elle était sans relation aucune avec un quelconque traumatisme. Il n'existait aucun lien de causalité naturelle entre l'événement du 26 février 2014,

défini par une contusion du genou gauche, et la maladie dégénérative méniscale interne existante au genou gauche.

La lésion du ménisque interne du genou gauche relevait d'un mécanisme de nature maladive exclusive. Il en était de même pour la lésion du ménisque externe.

b. Le 4 octobre 2018, des médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) ont indiqué que l'assuré avait été hospitalisé pour une PTG (prothèse totale du genou) gauche en raison d'une gonarthrose fémoro-tibiale gauche avec un transfert à l'hôpital de Beau-Séjour.

c. Par décision du 21 décembre 2018, GMA a admis la causalité entre les lésions de l'assuré au genou gauche et l'accident du 26 février 2014 jusqu'au 31 mars 2014. Les soins donnés dès le 1er avril 2014 relevaient par conséquent de l'assurance-maladie de l'assuré. Les prestations versées au-delà du 31 mars 2014 seraient réclamées à ce dernier.

d. Le 21 décembre 2018, GMA a refusé la prise en charge des frais du séjour hospitalier de l'assuré aux HUG suite à son intervention chirurgicale du 13 septembre 2018.

e. Le 16 janvier 2019, la docteure I_____, spécialiste FMH en médecine générale, a certifié soutenir l'assuré dans son recours contre la décision de GMA. L'assuré était très handicapé par son genou gauche depuis son accident du 26 février 2014. Malgré de nombreuses chirurgies, dont la dernière en septembre 2018 avec mise en place d'une prothèse, d'importantes douleurs à la marche ainsi qu'une boiterie persistaient quatre mois après. Selon le dernier rapport des HUG, il existait un débord de la prothèse qui pouvait expliquer en partie les fortes douleurs persistantes et empêcher la reprise de travail. En raison de cette pathologie chronique ne répondant pas aux différents traitements, le pronostic était défavorable quant à la possibilité que l'assuré puisse reprendre son métier de concierge. En effet, il ne pouvait pas rester longtemps debout, ni marcher sur de longues distances. Il montait les escaliers avec difficultés et ne devait pas monter sur une échelle. Le port de charges était difficile, car il marchait avec une canne. Son sommeil était perturbé à cause des douleurs et cela entraînait une fatigue diurne. La capacité de travail dans son activité habituelle de concierge restait à 0%.

f. Le 30 janvier 2019, l'assuré a formé opposition à la décision de GMA, contestant la force probante de l'expertise du Dr H_____ du 26 juillet 2018 et faisant valoir que la décision violait l'autorité de la chose jugée par l'arrêt du 2 mai 2017.

g. Par décision du 25 avril 2019, annulant et remplaçant la décision du 21 décembre 2018, GMA a accepté la prise en charge des suites de l'accident jusqu'au 30 septembre 2014.

h. Le 15 mai 2019, l'assuré a formé opposition à la décision de GMA du 25 avril 2019. Il constatait que la nouvelle décision respectait l'arrêt de la Cour de justice du 2 mai 2017 et persistait pour le reste dans son opposition. GMA n'avait pas démontré, au degré de la certitude, que les troubles à son genou gauche étaient de nature exclusivement maladive. Le rapport du Dr H_____ ne se prononçait pas à ce sujet.

i. Dans un complément d'expertise du 18 mars 2020, le Dr H_____ a indiqué que les troubles maladifs étaient définis par la maladie dégénérative mucoïde, diagnostic posé le 5 juin 2013. Les troubles du genou gauche présentés par l'assuré étaient de nature manifestement exclusivement maladive dès 15 juillet 2014, soit deux mois après de l'opération du 15 mai 2014, ce qui correspondait à la phase de cicatrisation du ménisque opéré. La cicatrisation terminée, le ménisque interne gauche ne présentait plus alors que la seule affection de nature maladive. Cette durée était soutenue par les éléments suivants :

- le geste chirurgical avait été fait sous arthroscopie, de sorte que le genou n'avait pas été « ouvert » chirurgicalement ;
- un geste chirurgical limité qui conservait la stabilité du ménisque interne ;
- un geste chirurgical dont les suites opératoires étaient simples et sans complication ;

L'affection maladive du genou avait repris son cours naturel. Il était en effet décrit une nouvelle lésion du ménisque gauche en août 2015, mais aucun traumatisme n'avait été annoncé. Il en était de même en janvier 2016.

j. Par décision sur opposition du 22 avril 2020, GMA a constaté que l'assuré avait omis de déclarer qu'il avait subi un accident lors de l'entretien qu'il avait eu avec un collaborateur de GMA le 17 avril 2014. Cet accident n'avait en outre jamais été annoncé à la régie qui ne l'avait jamais déclaré à GMA. Dans son rapport complémentaire, le Dr H_____ avait indiqué que pour les seules suites de l'opération du 15 mai 2014, consistant en l'ablation d'un petit fragment du ménisque interne, la durée de prise en charge du cas ne devait pas dépasser deux mois, soit jusqu'au 15 juillet 2014. Les troubles subsistant après cette date étaient en relation de causalité exclusive avec la maladie dégénérative mucoïde qui avait déjà été diagnostiquée lors de l'IRM du 5 juin 2013. GMA ayant accepté la prise en charge du cas jusqu'au 30 septembre 2014, elle avait largement rempli ses obligations.

C. **a.** Le 18 mai 2020, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre de céans, concluant, principalement à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée, sous la forme d'un complément à celle faite par le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans le cadre de la procédure (A/404/2019) qui l'opposait à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) et à ce qu'il soit dit que le *statu quo ante* ou *sine* des suites de l'accident du 26 février 2014 n'était

pas atteint à ce jour et à la prise en charge des opérations chirurgicales des 31 août 2015, 14 janvier 2016 et 13 septembre 2018 ainsi que les conséquences en découlant.

S'agissant du prétendu manque de collaboration de l'assuré qui aurait « omis » de déclarer un accident survenu le 17 mai 2013, dans la mesure où il était de toute manière déjà assuré à cette période auprès de GMA, la survenance de cet accident n'aurait rien changé au devoir de celle-ci de prendre en charge ce cas. Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait indiqué que la question d'un problème médical antérieur à l'accident de 2014 était sans pertinence, car il avait été démontré que l'accident avait déclenché les symptômes du recourant et conduit à l'intervention chirurgicale du 15 mai 2014 en raison de la persistance des douleurs. Enfin, l'assuré n'avait pas omis cette information. Si aucune déclaration d'accident n'avait eu lieu en 2013, c'était uniquement dans la mesure où il n'en avait résulté a priori aucune séquelle pour l'assuré, qui avait pu reprendre son travail, au contraire de l'accident du 26 février 2014, qui avait entraîné une incapacité de travail durable qui perdurait.

La présence d'une déchirure du ménisque n'était pas contestée en l'espèce et il s'agissait d'une lésion assimilée figurant à l'art. 9 al. 2 let. c aOLAA. La position du Dr H_____ était en contradiction avec l'état de fait retenu par l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 2 mai 2017 et celui du Tribunal fédéral du 4 avril 2018, puisqu'elle remettait en cause l'origine des lésions constatées suite à l'accident du 26 février 2014. Revenant en partie sur sa position, le Dr H_____ avait estimé, dans son complément d'expertise du 18 mars 2020, que les affections en lien avec l'opération chirurgicale du 15 mai 2014 avaient duré deux mois, correspondant à la phase de cicatrisation. L'assurance avait défini ainsi la fin des prestations par rapport à cet élément. Cette position n'était pas admissible. En effet, selon l'art. 10 LAA, l'assuré avait droit à la prise en charge des prestations médicales aussi longtemps que la mesure était susceptible d'apporter une amélioration sur son état de santé. En l'espèce, la durée des prestations ne pouvait se définir jusqu'à la fin de la phase de cicatrisation.

b. Par réponse du 30 juillet 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. L'expertise du Dr H_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Certes, le Dr H_____ avait dû faire une appréciation sur une situation remontant à plus de cinq ans, ce qui impliquait qu'il se base sur les pièces médicales de l'époque et non pas sur ses constatations objectives effectuées lors son examen de juillet 2018. Néanmoins, il s'était déterminé en tenant compte des particularités du cas d'espèce, impliquant également la maladie dégénérative mucoïde importante qui avait repris son cours naturel et qui était à l'origine de la nouvelle lésion du ménisque gauche qui avait justifié l'intervention du mois d'août 2015.

Ainsi, l'intimée ne s'était pas fondée sur la vraisemblance prépondérante pour nier la relation de causalité entre les troubles du genou gauche du recourant et l'accident dès la fin du mois de septembre 2014. Au contraire, force était de

constater sur la base du rapport du Dr H_____ qu'à cette date, l'accident ne jouait plus aucun rôle dans l'état du genou gauche, les troubles dans ce genou étant, à ce moment, selon les termes du Dr H_____, de nature manifestement maladive. Le fait que l'assuré ne présentait pas ces problèmes avant l'accident ne permettait de tirer aucune conclusion quant à la relation de causalité, le principe *post hoc ergo propter hoc* étant impropre à établir le rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Pour le surplus, il était renvoyé à la décision sur opposition.

c. Le 31 août 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et a produit un avis du docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 28 août 2020, qui confirmait que les limitations fonctionnelles étaient toujours bien présentes, sans qu'un traitement puisse être proposé.

d. Le 5 octobre 2020, le recourant a produit à la procédure le rapport d'expertise du Dr I_____. Il en ressort notamment que suite à l'arthroscopie réalisée par le Dr D_____ le 15 mai 2014 et la résection méniscale partielle, aucune amélioration n'avait été observée dans les suites opératoires. Au contraire, il avait présenté des épisodes d'épanchements traités par physiothérapie, ponctions et infiltrations, sans succès.

e. Le 22 octobre 2020, l'intimée a observé que le rapport d'expertise du Dr I_____ n'abordait pas la question de la relation de causalité entre les troubles du recourant et l'accident du 26 février 2014 et qu'il n'était donc pas utile dans le cadre de la présente procédure. Il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr I_____, dès lors que le dossier comportait une expertise très détaillée du Dr H_____ qui remplissait les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des expertises.

f. Le 28 octobre 2020, le recourant a relevé que contrairement à ce que retenait le Dr H_____, il était totalement incapable de travailler dans l'activité de concierge, ce qui ressortait de l'expertise du Dr I_____. Qu'un élément aussi essentiel que la capacité de travail soit établie de manière aussi erronée par le Dr H_____ mettait en doute l'ensemble de ses appréciations y compris celles relatives à la question du lien de causalité. Il en résultait qu'un complément d'expertise devait être mis sur pied. À défaut, on risquait de se trouver dans la situation dans laquelle la chambre des assurances sociales se verrait contrainte de rendre des décisions contradictoires à l'égard d'un même assuré.

g. Par arrêt incident du 16 février 2022, la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à droit connu dans la procédure A/404/2019 pendante devant le Tribunal fédéral considérant que l'arrêt de ce dernier serait susceptible d'avoir une incidence sur la présente procédure dans la mesure où la chambre de céans pourrait décider de demander un complément d'expertise au Dr I_____, sur la question de la causalité.

h. Le 22 juin 2022, le recourant a informé la chambre de céans que le Tribunal fédéral avait rendu son arrêt le 8 juin 2022 dans la procédure A/404/2019 (9C_531/2021). Il avait été retenu une incapacité de travail complète sur la base de l'expertise du Dr I_____ dont la valeur probante avait été validée par le Tribunal fédéral. Le recourant transmettait un procès-verbal d'enquêtes et de comparution personnelle des parties du 28 juin 2021 qui devait se lire en parallèle au rapport d'expertise du Dr I_____ qui avait déjà été produit. Le recourant demandait la reprise de l'instance et persistait à demander qu'un complément d'expertise soit confié au Dr I_____, considérant que l'avis du Dr H_____ n'avait pas de valeur probante.

i. Dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a jugé que la question de savoir si le défaut de description des limitations fonctionnelles ou du déroulement d'une journée-type de l'assuré devait conduire à la négation de la valeur probante du rapport d'expertise pouvait rester ouverte, dans la mesure où ces éléments avaient été décrits en l'espèce lors de l'audition de l'expert par la chambre des assurances sociales. Le fait que l'expert était parvenu lors de son audition à préciser ses conclusions quant à la capacité résiduelle de travail du recourant ne constituait pas une incohérence, mais démontrait qu'il était à même de déterminer précisément la part d'influence des troubles somatiques sur la capacité de travail. L'OAI n'avait avancé aucun argument pertinent susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'expertise judiciaire complétée par son auteur.

j. Il ressort du procès-verbal d'enquêtes du 28 juin 2021 établi dans le cadre de la procédure ouverte sur recours contre la décision de l'OAI (A/404/2019), que l'expert a indiqué qu'il ne faisait pas systématiquement de déroulement d'une journée-type du patient. Cela dépendait des cas et en l'occurrence la question ne lui était pas posée dans la mission d'expertise. L'assuré souffrait d'une douleur très présente, voire permanente. Il ne pouvait objectiver cette douleur mais avait cru ce que le recourant lui avait dit. Les douleurs étaient compatibles avec le status, ses constatations et l'ensemble du dossier.

k. L'intimée a rappelé que la question litigieuse portait sur le point de savoir si les troubles du genou gauche de l'assuré étaient en relation de causalité avec l'événement survenu le 26 février 2014, au-delà du 30 septembre 2014. Or, force était de constater que les pièces de la procédure contre l'OAI, en particulier l'expertise du Dr I_____ ainsi que ses réponses lors de l'audience du 28 juin 2021 ne contenaient aucune appréciation motivée quant à la relation de causalité entre les troubles du genou gauche du recourant et l'accident. Dans son expertise, le Dr I_____ ne faisait état d'aucun antécédent traumatique ou médical concernant le genou gauche avant 2014 alors que le Dr H_____, dans son expertise du 28 septembre 2018, mentionnait des imageries des deux genoux datant du 5 juin 2013 faisant état d'une maladie dégénérative mucoïde et d'un kyste de Baker à gauche. Si une imagerie avait été faite à cette époque, c'était qu'il devait y avoir des plaintes dans les suites de l'accident annoncé à la SUVA.

Le Dr I_____ notait par ailleurs que la manipulation de tout le membre inférieur gauche déclenchait des crispations et une résistance importante, alors que la palpation ne révélait pas de zone inflammatoire. Cela laissait apparaître un décalage entre les constatations objectives et subjectives, qui avait déjà été soulevé par les précédentes évaluations médicales fournies par l'intimée. De plus, les évaluations médicales de l'expert étaient à nouveau faites sur la base des douleurs exprimées et non sur la base de constatations objectives. Dans le procès-verbal de comparution personnelle du 28 juin 2021, le recourant indiquait qu'il se déplaçait parfois sans canne lorsqu'il avait trop mal à son épaule. Or l'expertise du Dr I_____ ne faisait pas état de problèmes au niveau des épaules. Cela dénotait également d'une discordance entre plaintes et constatations objectives et donnait sérieusement à douter des appréciations faites sur la base des douleurs.

Le Dr I_____ indiquait encore qu'on objectivait par contre une douleur très importante de tout le comportement tibio-fémoral interne. Or, par définition, une douleur était une notion subjective, qui devait être corroborée par des constatations objectives pour pouvoir être médicalement et assécurologiquement prises en compte. Le Dr I_____ avait admis lors de son audition du 28 juin 2021 qu'il ne pouvait pas objectiver cette douleur, en précisant qu'il avait cru ce que le recourant lui avait dit. Il n'avait pas expliqué quelles étaient les éléments objectifs qui lui avaient permis d'affirmer ensuite que les douleurs étaient compatibles avec le status, ses constatations et l'ensemble du dossier.

Le Dr I_____ ne faisait que peu état de constatations objectives. Il ne notait pas d'épanchement, ni d'instabilité, ni de zone inflammatoire. Son examen était limité par les douleurs, on pouvait même se demander dans quelle mesure celles-ci ne le faussaient pas. En effet, dans la mesure où la manipulation de tout le membre inférieur gauche déclenchait des crispations et une résistance importante, on se demandait dans quelle mesure la mobilité du genou gauche avait véritablement pu être testée et si les valeurs retenues étaient probantes.

Le Dr I_____ indiquait que l'incapacité de travail était totale à la date de son examen et que la capacité de travail n'avait pas progressé depuis l'accident. Or il avait signalé en fin d'expertise des pièces médicales du dossier qui attestaient une reprise du travail par moment, et qu'effectivement les pièces du dossier faisaient état d'une reprise du travail attestée à 100% dès le 1er octobre 2014 par les Drs C_____ et D_____. Une nouvelle incapacité de travail avait ensuite été attestée dès le 31 août 2015, ce qui signifiait une reprise du travail durant dix mois.

L'intimée relevait encore l'absence de motivation et donc de collaboration de l'assuré dans les démarches des ÉPI (page 13 expertise du Dr I_____). Enfin, elle notait que l'état du genou était stationnaire depuis au moins cinq ans selon ce dernier, soit au moins depuis le mois de décembre 2015. En conséquence, il fallait considérer que l'expertise du Dr I_____ n'avait aucune valeur probante pour la question litigieuse dans le cadre de la présente procédure. L'intimée se référait à ses précédentes écritures et maintenait ses conclusions.

l. Par courrier du 29 septembre 2023, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise et de désigner le professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, comme expert, le Dr I_____ ayant pris sa retraite. Elle leur a également soumis les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

m. Le 3 octobre 2023, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert. S'agissant de la mission d'expertise, il a proposé d'ajouter une question 4.4 libellée ainsi : « Pour le cas où vous deviez diverger de l'avis exprimé par le Dr I_____ dans son rapport d'expertise du 1er mai 2020 et ses déclarations figurant dans le procès-verbal d'audience du 28 juin 2021, veuillez motiver vos divergences » et de reformuler la question n°6 ainsi : « êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 26 juillet 2018 et son complément du 18 mars 2020 ? pour quels motifs ? ».

n. Par courrier du 16 novembre 2023, l'intimée a pris note qu'une expertise sera mise en œuvre auprès du Prof. K_____. Elle a indiqué qu'il était inutile de préciser dans le rapport que l'expert devra déposer son rapport dans les trois mois et que le rapport du Dr H_____ est daté du 18 mars 2020 et non du 18 mars 2021.

Elle a par ailleurs requis que le questionnaire adressé à l'expert soit complété comme suit :

1) Anamnèse détaillée

   Merci de détailler l'anamnèse antérieure à l'accident de février 2014, aussi bien celle d'étiologie maladive que traumatique ; puis celle depuis cet accident, en précisant l'évolution depuis février 2014, en ce qui concerne les troubles objectifs, les plaintes, et enfin les incapacités de travail.

   En particulier :

- L'assuré a-t-il repris le travail du 1er octobre 2014 au 30 août 2015 (il ressort du dossier AI que l'incapacité de travail durable a débuté en août 2015) ?
- Quelle est l'importance de la maladie dégénérative mucoïde et du kyste de Baker à gauche, antérieures à l'accident ? quel rôle jouent-ils dans l'évolution ?
- Quelle est l'importance de l'accident de 2013 pris en charge par la SUVA ? quels diagnostics ? quel rôle dans l'évolution ?

2) et 3) Les plaintes de l'assuré vous semblent-elles cohérentes avec les constatations objectives ? ou percevez-vous un décalage entre les constatations objectives et les plaintes ?

Merci de vous déterminer d'une part par rapport à votre examen et d'autre part dans toute l'anamnèse, et d'expliciter votre réponse.

4) Diagnostics :

Merci de donner les diagnostics non seulement au moment de l'expertise, mais de préciser également les diagnostics qui ont été posés au fur et à mesure, avec leur date d'apparition, voire de disparition.

En particulier, quand sont apparus les diagnostics qui ont justifié les interventions d'août 2015, janvier 2016 et septembre 2018 ?

On relève en effet, par exemple, que le rapport du Dr F_____ du 14 janvier 2015, suite à la consultation du 13 janvier 2015, mentionne une re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec plica antéro-interne symptomatique qui a été objectivé par IRM du 19 décembre 2014. S'agit-il d'une nouvelle lésion ? est-ce celle-ci qui a été traitée par intervention d'août 2015 ?

EN DROIT

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de cesser la prise en charge du cas du recourant dès le 1er octobre 2014, considérant que les troubles du genou gauche présentés sont de nature manifestement exclusivement maladive dès le 15 juillet 2014.

7.

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

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7.3 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).

7.4 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).

7.5 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles comprennent notamment les déchirures du ménisque (let. c).

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si

elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement maladive ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1; ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c et la jurisprudence citée). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et les références citées).

À l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées (ATF 129 V 466 consid. 2.2 p. 467). Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain. La notion de cause extérieure présuppose qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne (cf. Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., p. 859 n. 66 et p. 875 n. 104), comme lorsqu'un geste quotidien entraîne une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal et psychologiquement contrôlé. C'est le cas notamment lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne effectue un mouvement violent non maîtrisé (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 p. 329) ou lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 p. 470; arrêt du Tribunal fédéral 8C_949/2010 du 1er décembre 2011 consid. 4.3.2.1).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement

ordinaire. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêts du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015).

Le Tribunal fédéral a jugé que si l'influence d'un facteur extérieur, soudain, et involontaire suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'hypothèse où il existe également un facteur extraordinaire. Il faut cependant que la lésion (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement maladive ou dégénérative. La question du lien de causalité des affections diagnostiquées doit dès lors être examinée à l'aune de l'art. 9 aOLAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Admettre, dans ce cadre, le retour à *un statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_110/20165 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2).

7.6 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).

7.7 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; 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 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. A 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).

7.8 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 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).

7.9 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 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).

7.10 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).

7.11 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).

7.12 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr H_____.

La chambre de céans constate que le Dr H_____ a d'abord indiqué dans son rapport d'expertise que l'on ne pouvait pas retenir que l'accident du 26 février 2014 avait au moins déclenché les symptômes du recourant et conduit à l'intervention chirurgicale du 15 mai 2014.

Il a ensuite admis, dans son complément d'expertise, que les troubles du genou gauche présentés par le recourant étaient de nature manifestement exclusivement maladive à partir le 15 juillet 2014, précisant que cette durée de deux mois après l'opération du 15 mai 2014 correspondait à la phase de cicatrisation du ménisque opéré. La cicatrisation terminée, le ménisque interne gauche ne présentait plus alors que la seule affection de nature maladive.

Le Dr H_____ a ainsi manifestement adapté ses conclusions au contenu de l'arrêt de la chambre de céans, confirmé par le Tribunal fédéral, et soutenu le contraire de ce qu'il avait dit dans un premier temps, en justifiant sa nouvelle appréciation par des considérations générales sur la phase de cicatrisation, sans commenter le fait que le recourant souffrait toujours de douleurs. Ses dernières conclusions sont ainsi peu convaincantes.

Par ailleurs, le Dr H_____ se fonde sur le délai usuel de cicatrisation en lien avec une opération chirurgicale pour retenir un retour au *statu quo sine* ou *ante*, ce qui ne suffit pas pour retenir que c'était clairement le cas en l'espèce, dans la mesure où il n'a pas pris en compte la situation réelle du recourant. Or, il ressort du rapport d'expertise du Dr I_____ que l'état de son genou ne s'est pas amélioré suite à l'opération du 15 mai 2014, au contraire, puisqu'il a présenté des épanchements, traités sans succès par physiothérapie, ponctions et infiltrations.

En conclusion, l'expertise du Dr H_____ ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en résulte que l'intimée ne pouvait sur la base de ses rapports retenir que deux mois après l'opération du 15 mai 2014, l'atteinte au genou gauche du recourant n'était plus que de nature manifestement maladive et cesser en conséquence la prise en charge de son cas au 30 septembre 2014.

9. Il se justifie de faire procéder à une nouvelle expertise pour déterminer si l'atteinte au genou gauche du recourant est devenue de nature clairement maladive suite à l'opération du 15 mai 2014 et si oui depuis quand.

10. La mission d'expertise sera complétée dans le sens souhaité par les parties, parfois dans des rubriques différentes que celles souhaitées, certaines questions relevant davantage de l'appréciation de l'expert que de l'anamnèse.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise orthopédique de Monsieur A_____.

II. La confie au Professeur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, clinique L_____.

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

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

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

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

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

1. **Anamnèse détaillée**

1.1 Détailler l'anamnèse antérieure à l'accident de février 2014, aussi bien celle d'étiologie maladive que traumatique ; puis celle depuis cet accident, en précisant l'évolution depuis février 2014, en ce qui concerne les troubles objectifs, les plaintes, et enfin les incapacités de travail. Déterminer si l'assuré a repris le travail du 1er octobre 2014 au 30 août 2015 (il ressort du dossier AI que l'incapacité de travail durable a débuté en août 2015) ?

1.2 Donner les diagnostics non seulement au moment de l'expertise, mais préciser également les diagnostics qui ont été posés au fur et à mesure, avec leur date d'apparition, voire de disparition. En particulier, quand sont apparus les diagnostics qui ont justifié les interventions d'août 2015, janvier 2016 et septembre 2018 ?

2. **Plaintes de l'expertisé**

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 ?

4.3 Quelle est l'importance de la maladie dégénérative mucoïde et du kyste de Baker à gauche, antérieures à l'accident ? quel rôle jouent-ils dans l'évolution ?

4.4 Quelle est l'importance de l'accident de 2013 pris en charge par la SUVA ? quels diagnostics ? quel rôle dans l'évolution ?

4.5 Le rapport du Dr F_____ du 14 janvier 2015, suite à la consultation du 13 janvier 2015, mentionne une re-déchirure de la corne postérieure du ménisque interne avec plica antéro-interne symptomatique qui a été objectivé par IRM du 19 décembre 2014. S'agit-il d'une nouvelle lésion ? est-ce celle-ci qui a été traitée par intervention d'août 2015 ?

5. **Causalité**

5.1 Il a déjà été jugé par arrêt de la chambre de céans du 2 mai 2017 (ATAS/353/2017) que le recourant a subi une déchirure du ménisque, soit une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 aOLAA, et que l'intimée devait prendre en charge le cas du recourant du 26 février au-delà du 31 mars 2014 et, en particulier, les prestations liées à l'opération du 15 mai 2014.

Dans ce cas de figure, l'assurance-accidents doit prendre le cas en charge l'atteinte au genou gauche du recourant aussi longtemps que son origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas **clairement** établie.

5.2. Est-ce qu'à un moment donné, à compter du 31 mars 2014, l'atteinte du genou gauche du recourant est devenue clairement due à une cause maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle ?

5.3 Si oui, partir de quand et pour quels motifs ?

6.1. Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 26 juillet 2018 et son complément du 18 mars 2020 ? pour quels motifs ?

6.2. Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du Dr I_____ du du 1er mai 2020 et ses déclarations figurant au procès-verbal d'audience du 28 juin 2021 ? pour quels motifs ?

7. Les plaintes de l'assuré vous semblent-elles cohérentes avec les constatations objectives ? ou percevez-vous un décalage entre les constatations objectives et les plaintes ? Merci de vous déterminer par rapport à votre examen et en lien avec toute l'anamnèse, et d'expliciter votre réponse.

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

E. Invite l'expert à déposer son rapport **dans les meilleurs délais** suivant la réception de la mission d'expertise 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