

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1700/2023

ATAS/155/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 8 mars 2024**

**Chambre 9**

En la cause

**A** \_\_\_\_\_  
représenté par Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

recourant

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente.**

---

## **EN FAIT**

- A.** **a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1978, a été employé en tant qu'ouvrier du bâtiment pour le compte de la société B\_\_\_\_\_ à compter du 15 juin 2011. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).
- b.** Le 28 août 2014, sur un chantier, alors qu'il voulait déboucher le tuyau d'alimentation du mortier, l'air comprimé bloqué à l'intérieur lui a projeté le tuyau au visage (déclaration de sinistre du 2 septembre 2014), entraînant une fracture des os du nez et d'une dent, ainsi que diverses plaies faciales (certificat du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après : HUG] du 28 août 2014).
- c.** Le 3 septembre 2014, l'assuré a subi une intervention chirurgicale au niveau du nez (rapport des HUG du 8 septembre 2014).
- d.** La CNA a pris en charge le cas, en versant des indemnités journalières et en s'acquittant des frais médicaux.
- e.** Lors d'un entretien téléphonique le 19 janvier 2015, l'assuré a informé la CNA que le jour de l'événement, il était également tombé et s'était blessé au genou gauche.
- f.** Le 4 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
- g.** Dans une lettre de sortie du 1<sup>er</sup> avril 2015 relative à un séjour du 19 au 22 février 2015, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a diagnostiqué une fracture de l'éperon rotulien distal et une rupture partielle du tendon rotulien gauche. Le 19 février 2015, l'assuré avait bénéficié d'une excision de la calcification et de l'ossification, d'un débridement tendineux et d'une réinsertion du tendon rotulien proximal.
- h.** Le 7 juillet 2015, l'assuré a été examiné par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du 13 juillet 2015, le médecin a retenu les diagnostics de status après fracture des os propres du nez, traumatisme facial avec perte/avulsion des dents, et de traumatisme du genou gauche avec probable enthésopathie ancienne (séquelle de type Sinding Larsen Johansen). Il a relevé que l'assuré avait eu un traumatisme cranio-facial important en août 2014 avec épistaxis et qu'il avait été suivi pour un problème orthopédique en « 2<sup>ème</sup> position ». Selon le bilan radiographique réalisé sur le genou gauche, il existait des séquelles d'une pathologie de l'adolescence (maladie de Sinding Larsen Johansen). Il s'agissait d'une déstabilisation temporaire d'un état antérieur, sans être a priori déterminante sur l'évolution ultérieure, sauf complications. Malgré la physiothérapie, l'évolution clinique de ce genou avait été défavorable,

motivant une intervention chirurgicale effectuée en février 2015. À quatre mois de cette opération, le Dr C\_\_\_\_\_ constatait une amyotrophie persistante du quadriceps avec 3 cm de moins. La situation médicale n'était pas stabilisée tant sur le plan orthopédique qu'oto-rhino-laryngologique (ORL). Il convenait de faire le point de la situation dans trois mois.

**i.** Le 12 novembre 2015, l'assuré a bénéficié d'une septoplastie, d'une turbinoplastie inférieure bilatérale et d'une rhinoplastie ouverte (rapport des HUG du 16 novembre 2015).

**j.** Une échographie du tendon rotulien gauche du 18 janvier 2016 a mis en évidence un status hypertrophié du ligament patellaire prédominant en proximal, associé à une fine fissuration intra-ligamentaire distale.

**k.** Le 18 janvier 2016, l'assuré a eu un entretien dans les locaux de la CNA. Il a déclaré avoir tenté de reprendre le travail le 7 novembre dernier. Comme il ne pouvait pas charger son genou gauche, il avait travaillé surtout avec sa jambe droite. Il avait eu très mal à la cheville droite et avait dû arrêter son emploi (notice du même jour). Un mois plus tard, lors d'un entretien téléphonique, l'assuré a informé la CNA que le 10 février 2016, alors qu'il faisait des exercices durant sa séance de physiothérapie, son genou gauche avait lâché et qu'il s'était tapé sur le genou droit. Comme la douleur ne passait pas, il avait « dû consulter le médecin pour le genou droit » (notice téléphonique du 19 février 2016).

**l.** Dans un rapport du 10 février 2016, le Dr C\_\_\_\_\_, après avoir étudié les pièces médicales postérieures à son examen du 7 juillet 2015, a indiqué que le *statu quo* ne semblait pas atteint.

**m.** Dans une déclaration d'accident-bagatelle du 18 février 2016, l'assuré a signalé que, suite à l'accident du 28 août 2014, il avait énormément sollicité la jambe droite, occasionnant une inflammation au genou droit.

**n.** Dans un rapport du 26 mai 2016, le Dr C\_\_\_\_\_, après avoir réexaminé l'assuré ce jour, a constaté que les lésions dentaires et ORL étaient en bonne voie de guérison, sans séquelle particulière. En revanche, en ce qui concernait le genou gauche, l'assuré était limité dans les activités physiques et la reprise de travail s'était soldée par un échec. Il a retenu le diagnostic de status après intervention pour rupture partielle du tendon rotulien du genou gauche, traitée par chirurgie en février 2015.

**o.** Sur recommandation du Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 19 juillet au 23 août 2016.

Dans un rapport du 9 septembre 2016, les médecins de la CCR ont résumé les examens radiologiques du genou gauche (effectués les 28 août 2014, 16 janvier 2015, 4 juin 2015, et 3 août 2016), de la cheville droite (réalisés les 10 décembre 2015, et 22 août 2016), ainsi que du genou droit (le 14 février 2016).

Ils ont mentionné que, au cours du séjour, le bilan échographique du genou gauche (du 26 juillet 2016) avait mis en évidence une tendinopathie chronique de l'insertion du ligament rotulien sans rupture tendineuse. Le bilan échographique (du 26 juillet 2016) et l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville droite (du 22 août 2016) montrait un kyste arthro-synovial d'origine arthro-synoviale, ainsi qu'une ténosynovite des tendons fibulaires juste en aval de la malléole externe.

Ils ont relevé que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, tels que la situation socio-professionnelle chez un patient ne parlant pas le français, n'ayant pas de diplôme reconnu en Suisse et étant éloigné du monde du travail depuis août 2014. De plus, le patient, très centré sur ses douleurs, présentait une kinésiophobie sévère, une catastrophisation élevée et des autolimitations, en sous-estimant ses propres capacités fonctionnelles. Celui-ci restait convaincu que « quelque chose ne fonctionnait pas dans son genou », malgré des examens médicaux et des explications rassurantes.

Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de six semaines. Aucune nouvelle intervention n'était proposée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues : longs déplacements et déplacements dans les terrains accidentés, port de charges lourdes, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), position debout prolongée, montée et descente des escaliers et échelles.

**p.** Le 13 janvier 2017, l'assuré a été examiné par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du 18 janvier 2017, ce dernier a retenu le diagnostic de « lésion du tendon rotulien proximal ayant bénéficié d'un débridement et d'une réinsertion, suites douloureuses ». Il a relevé que le patient rapportait des douleurs alors que l'ensemble du bilan réalisé à la CRR ne mettait pas en évidence de lésion séquelle importante. Au niveau de la cheville droite, l'évolution était désormais satisfaisante, après un épisode de ténosynovite. Les troubles de la cheville droite n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident initial. Le bilan clinique et d'imagerie était rassurant et une reprise de l'ancienne activité était attendue dès le 20 janvier 2017.

**q.** L'IRM du genou gauche du 3 avril 2017 a mis en évidence une lésion de stade II oblique de la corne postérieure du ménisque interne sans critère de déchirure et une tendinite insertionnelle proximale du tendon rotulien.

**r.** Le 14 juin 2017, l'assuré a subi une arthroscopie au niveau du genou gauche. Dans son rapport opératoire du même jour, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les

diagnostics de cal vicieux post-fracture rotulienne du genou gauche, de bursite pré-rotulienne, de bursite bourse sous-rotulienne, de plica para-patellaire interne fibreuse, et de synovites juxta-lésionnelles.

s. Dans un rapport du 17 août 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était lente et que le traitement consistait en une physiothérapie. Le patient présentait une flexion limitée à 65° et un déficit d'extension de 5°. Il existait un risque de lésions arthrogènes.

t. Après avoir examiné l'assuré le 1<sup>er</sup> septembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé, dans son rapport du 5 septembre suivant, que le cas n'était pas stabilisé et que l'évolution n'était pas satisfaisante, avec une nette limitation de la mobilité du genou gauche malgré les séances de rééducation. Le repos avec une attelle et l'application de glace étaient à poursuivre, en plus des séances de rééducation.

u. Dans un questionnaire préétabli par la CNA que le Dr E\_\_\_\_\_ a complété le 13 décembre 2017, il a fait état d'une flexion de 130° et d'une extension complète. Le patient présentait encore une amyotrophie et des douleurs. Celui-ci poursuivait la physiothérapie et le traitement antalgique. À la question : « pronostic ? », le médecin a mentionné : « lésions arthrogènes ».

v. Le 6 décembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du 18 décembre 2017, il constaté que la flexion était de 110° et l'extension complète. La palpation de la rotule et du tendon rotulien était « exquisément douloureuse ». Il existait un épanchement très modéré. Trois ans après l'accident initial, l'évolution n'était pas satisfaisante. Le cas était stabilisé. Le médecin a retenu le diagnostic de limitations fonctionnelles post-traumatiques du genou gauche. L'ancienne activité de maçon n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée (en position assise ou debout, sans limitation au niveau des membres supérieurs, permettant de brefs déplacements, avec un port de charges limité à 5 kg afin de ne pas augmenter les gonalgies, sans devoir s'accroupir, sans déplacement répété dans les escaliers), l'assuré était apte à travailler à plein temps.

Dans un rapport séparé du même jour, le médecin a fixé l'atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels du genou gauche à 7%.

**B.** a. Par courrier du 8 janvier 2018, la CNA a annoncé à l'assuré la clôture du cas, la poursuite d'un traitement médical ne pouvant améliorer notablement les suites de l'accident assuré. Le versement de l'indemnité journalière, sur la base d'une incapacité de travail de 100%, était accordé jusqu'au 31 mars 2018, date à partir de laquelle elle se prononcerait sur une éventuelle rente d'invalidité partielle et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b. Dans un projet de décision du 16 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui accorder une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% pour la période du 1<sup>er</sup> août 2015 au 28 février 2018. Selon le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), la capacité de travail de l'assuré était

nulle dans l'activité habituelle depuis le 28 août 2014, mais entière dans une activité adaptée dès le 24 novembre 2017. En conséquence, dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, le taux d'invalidité - résultant de la comparaison des revenus sans (CHF 71'842.-) et avec (CHF 60'320.-) invalidité - était de 16%, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente, ni le droit à un reclassement professionnel.

**c.** Une IRM lombaire du 3 septembre 2018 a fait état, au niveau L4-L5, d'une rupture de l'anneau fibreux postérieur à para-médian gauche en contact avec l'émergence de la racine L5 à gauche, et au niveau L5-S1, d'un rétrécissement d'origine multifactorielle à prédominance foraminale bilatérale d'origine multifactorielle au contact avec les racines L5 de deux côtés et d'un rétrécissement débutant d'origine multifactorielle récessal bilatéral à légère prédominant gauche au contact avec l'émergence des racines S1 des deux côtés. Des minimes « shining corners » antéro-inférieur de L1 et antéro-supérieur de L4 étaient également mis en évidence pouvant orienter vers une maladie inflammatoire / rhumatoïde débutante.

**d.** Dans un certificat du 4 septembre 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'une opération était prévue prochainement au genou droit. Il a joint un rapport d'IRM dudit genou de la veille mettant en évidence une fissuration oblique de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une lame d'épanchement intra-articulaire réactionnel.

**e.** Par décision du 6 septembre 2018, confirmée sur opposition le 13 décembre 2018, la CNA a alloué à l'assuré, dès le 1<sup>er</sup> avril 2018, une rente d'invalidité de 14%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 70'104.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 59'960.- que l'intéressé pourrait réaliser dans une activité adaptée, par exemple en tant qu'ouvrier d'usine (petite mécanique, petite soudure, petits montages). Elle lui a reconnu en outre le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de CHF 8'820.- sur la base d'un taux de 7%.

- C.** **a.** Saisie d'un recours de l'assuré contre ladite décision sur opposition, par arrêt du 6 février 2020 (ATAS/92/2020), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice l'a admis partiellement, annulé cette décision, et renvoyé le dossier à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants.

Dans le cadre de cette procédure, avaient été produits en particulier :

- un rapport d'IRM du genou gauche du 20 février 2018 constatant, depuis l'IRM du genou gauche du 3 avril 2017, d'une part, la régression quasi-complète des signes de tendinite insertionnelle proximale du tendon rotulien, et, d'autre part, l'« apparition nouvelle » de signes de tendinite fissuraire de la partie distale et externe du tendon rotulien au niveau de son insertion sur la tubérosité tibiale antérieure avec un discret œdème intra-osseux au niveau de la zone insertionnelle ;

- un rapport d'IRM de la cheville droite du 23 novembre 2018 mettant en évidence un kyste polylobulé péri-malléolaire externe, sans évidence de fracture ou de lésion de stress ;
- un rapport du Dr E\_\_\_\_\_, relatif à l'opération du genou droit de l'assuré effectuée le 5 décembre 2018, diagnostiquant une lésion instable de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, une lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe, des lésions cartilagineuses de I° et II° du versant externe du condyle interne, une plica para-patellaire interne fibreuse, un lambeau de Hoffa s'interposant en fémoro-rotulien, un corps cartilagineux intra-articulaire libre, et des synovites étendues ;
- un rapport d'IRM du genou droit du 29 mai 2019 montrant une enthésopathie microfissuraire du tendon patellaire sur la pointe inférieure de la patella avec petite infiltration de la graisse de Hoffa et petit œdème osseux, des remaniements en rapport avec la suture de la corne postérieure du ménisque médial, un petit kyste méniscal en regard de l'attache postérieure, une petite collection centimétrique en superficie de la capsule postérieure de ce ménisque, et un épanchement intra-articulaire de moyenne abondance, stable ;  
et
- un rapport d'IRM du genou gauche du 3 juin 2019 concluant à une enthésopathie proximale du tendon patellaire d'aspect globalement stable, à une enthésopathie distale du tendon patellaire moins prononcée (par rapport à l'IRM précédente), à une stabilité de la bursite rétropatellaire, à un hypersignal pseudo-linéaire de la corne postérieure du ménisque médial sans communication avec la surface articulaire, à un épanchement liquidien à hauteur de la jonction capsulo-méniscale postéro-inférieure pouvant témoigner d'une désinsertion capsulo-méniscale partielle, et à un épanchement intra-articulaire de moyenne abondance.

En substance, la chambre de céans a jugé qu'elle ne disposait pas des éléments nécessaires pour déterminer si, à la date déterminante de la décision litigieuse du 13 décembre 2018, respectivement au 1<sup>er</sup> avril 2018, l'état de santé de l'assuré était stabilisé, pour évaluer sa capacité de travail résiduelle et ses limitations fonctionnelles correspondantes. De même, la question d'un éventuel lien de causalité entre l'accident du 28 août 2014 et les atteintes mises en évidence dans l'IRM du genou gauche du 20 février 2018, les IRM du genou droit et de la colonne lombaire du 3 septembre 2018, respectivement la question d'un éventuel retour à un *statu quo ante vel sine*, n'avaient fait l'objet d'aucune instruction approfondie.

Elle a dès lors renvoyé la cause à la CNA pour que cette dernière mette en œuvre une expertise orthopédique, en précisant qu'il appartiendrait en particulier à l'expert de se prononcer, - après avoir requis l'avis de l'orthopédiste traitant -, sur la question de savoir si, au moment de rendre la décision litigieuse du

13 septembre 2018, respectivement au 1<sup>er</sup> avril 2018, la capacité de travail de l'intéressé pouvait, ou non, être améliorée de manière significative.

**b.** Par décision du 11 janvier 2021, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 100%, pour la période s'étendant du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 avril 2019, puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

**D. a.** Pour se conformer à l'arrêt de renvoi, la CNA a confié l'expertise au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a procédé à l'examen de l'assuré le 29 janvier 2021, complété le même jour par un bilan radiologique (de la colonne lombaire face et profil, et des deux genoux) et sanguin.

Dans un rapport du 13 mars 2021, l'expert a retenu les diagnostics de status six ans et demi après probable contusion du genou gauche, de séquelle probable d'une maladie de Sinding-Larsen du genou gauche, d'arthropathie dégénérative fémoro-patellaire gauche débutante, probablement aussi droite, d'arthrose fémoro-tibiale interne stade II à droite (probablement ébauchée à gauche), de status six ans après excision d'une ossification sous-rotulienne, débridement puis réinsertion du tendon rotulien du genou gauche, de status trois et demi après émondage du bord inférieur et dénervation hémi-circonférentielle inférieure de la rotule, résection d'une bursite et d'une plica, et synovectomie du genou gauche, de status deux ans et deux mois après arthroscopie du genou droit pour réinsertion/suture de la corne postérieure du ménisque interne, chondroplastie du condyle fémoral interne, résection d'une plica et de corps cartilagineux libres, et synovectomie, et de status six ans et demi après traumatisme facial, avec fracture des os du nez et multiples lésions dentaires.

À la question (1) de savoir si la situation médicale était stabilisée au 31 mars 2018, l'expert a répondu que ce n'était probablement pas le cas, car le bilan actuel faisait état de troubles dégénératifs du genou gauche dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale (entité dégénérative), et dont le lien causal avec l'événement du 28 août 2014 était hautement, voire très hautement, improbable.

À la question (2) de savoir si les atteintes à la santé actuellement diagnostiquées étaient encore, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, des séquelles de l'accident, l'expert a répondu qu'il paraissait hautement voire très hautement probable que le supputé traumatisme (contusion du genou gauche) subi le 28 août 2014 avait objectivement cessé de déployer ses effets délétères le 16 janvier 2015 (date de l'IRM de contrôle). Au-delà, le cursus du genou gauche était manifestement régi par des éléments extra-traumatiques (sans lien causal avec l'évènement), éventuellement aussi par des facteurs extra-anatomiques (hyperalgie, gémissements, mouvements de retrait). Le lien de causalité entre cet événement, ou la notion de boiterie chronique gauche, et l'arthropathie dégénérative du genou droit était hautement, voire très hautement,

invraisemblable. Il en allait de même s'agissant du lien de causalité naturelle entre ledit événement et les lombalgies/troubles dégénératifs lombaires, ressenties en été 2018.

À la question (3) de savoir dans quelle mesure on pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé en rapport avec l'accident, l'expert a renvoyé à sa réponse figurant sous question (2).

À la question (4) de savoir quelles fonctions et activités l'assuré pouvait encore exercer au regard des séquelles de l'accident, l'expert, tout en renvoyant à sa réponse figurant sous question (2), n'a retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec l'accident.

Enfin, à la question (5) de savoir si, au regard des séquelles de l'accident, le taux de l'IPAI de 7% pouvait être confirmé, l'expert a également renvoyé à sa réponse figurant sous question (2).

**b.** À la demande de la CNA, par pli du 7 mai 2021, l'assuré s'est déterminé sur l'expertise qu'il estimait incomplète et incompréhensible.

**c.** Dans un rapport complémentaire du 6 octobre 2021, l'expert a indiqué que les remarques de l'assuré ne modifiaient pas ses conclusions détaillées du 13 mars 2021, basées sur les éléments anamnestiques et radio-cliniques.

**d.** Sur invitation de la CNA, par lettre du 6 novembre 2021, l'assuré s'est prononcé sur le complément d'expertise, en réitérant que cette dernière était incomplète.

**E. a.** Par décision du 8 avril 2022, la CNA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 31 mars 2018, au motif que l'accident du 28 août 2014 avait cessé de déployer ses effets délétères en janvier 2015 déjà. La restitution des prestations serait exigée à l'entrée en force de cette décision.

**b.** Par courrier du 12 mai 2022 complété le 19 septembre suivant, l'assuré s'est opposé à cette décision, en contestant la valeur probante de l'expertise orthopédique et en sollicitant la poursuite de l'instruction médicale.

**c.** Par décision sur opposition du 5 avril 2023, la CNA, après avoir considéré qu'elle ne pouvait pas se fonder sur un motif de révocation (révision procédurale ou reconsidération), a réformé la décision du 8 avril 2022, en ce sens que la fin de toutes les prestations d'assurance était fixée à cette dernière date (*effet ex nunc*). Elle a rejeté l'opposition pour le surplus.

La CNA a en particulier estimé que l'expertise revêtait pleine force probante, de sorte que sa responsabilité n'était plus engagée au-delà du 16 janvier 2015. Elle en a tiré la conclusion que, contrairement aux reproches formulés par l'assuré, l'expert n'avait plus à se prononcer sur la stabilisation de l'état de santé, la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles.

**F. a.** Par acte du 16 mai 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocate, a déféré cette décision sur opposition auprès de la chambre de céans, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à son audition, à l'apport du dossier du Dr E\_\_\_\_\_, à l'audition de ce médecin, à l'apport de son dossier de l'assurance-invalidité (AI), ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, et principalement, à l'annulation de cette décision, et au renvoi de la cause à l'intimée pour le calcul des rentes et nouvelle décision dans le sens des considérants.

En substance, le recourant a contesté la fin des prestations au 8 avril 2022, en faisant valoir que son état de santé était en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident dont il avait été victime, à la suite duquel il avait par ailleurs davantage sollicité sa jambe droite. Cela avait entraîné une inflammation de son genou droit en 2016 déjà, élément que l'expert n'avait pas pris en compte.

**b.** Dans sa réponse du 14 juin 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, en renvoyant à la décision querellée s'agissant de la motivation.

**c.** Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> septembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a en particulier exposé que le rapport de la CRR du 9 septembre 2016 et les IRM relatifs à son membre inférieur droit (genou et cheville) ne faisaient pas état d'une probable enthésopathie ancienne (séquelle de type Sinding Larsen Johansen) contrairement à ce que mentionnait l'expert, alors que la potentielle présence de cette séquelle était rapidement apparue du côté gauche.

**d.** Copie de cette écriture et de ses annexes (déjà au dossier) a été transmise à l'intimée pour information.

**e.** Par lettre du 19 janvier 2024, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier de la hanche et du genou, et leur a imparti un délai pour se déterminer sur l'expert, ainsi que sur les questions à lui poser.

**f.** Par pli du 30 janvier 2024, l'intimée a listé les questions qu'elle souhaitait voir posées à cet expert à l'encontre duquel elle n'a soulevé aucune objection.

**g.** Par courrier du 16 février 2024, le recourant a indiqué n'avoir ni question supplémentaire à poser ni motif de récusation contre l'expert.

## **EN DROIT**

### **1.**

**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.

**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.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 16 mai 2023) a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

**1.3** Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 8 avril 2022, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles invoqués (genoux et lombalgies) et l'accident du 28 août 2014.

3.

**3.1** Le 1<sup>er</sup> 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 28 août 2014), le droit du recourant 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

**3.2** 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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).

**3.3** 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).

**3.3.1** 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.

**3.3.2** Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui

---

invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

**3.3.3** En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

**3.3.4** En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).

**3.3.5** Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) – dont notamment les fractures (let. a) et les déchirures de tendons (let. f) – en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_110/2016 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 ; U.162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2).

Les fractures au sens de l'art. 9 al. 2 let. a OLAA visent les fractures des os, à l'exclusion des fractures de dents (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire (avec des aspects de l'assurance militaire) in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit*, 2016, n. 141). Les élongations du tendon ne sont pas des « déchirures du tendon » au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA aussi longtemps qu'une rupture partielle du tendon n'est pas établie (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, *ibidem* ; ATF 114 V 298 consid. 5).

**3.4** 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

#### **4.**

**4.1** 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).

**4.2** 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

**4.3** 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).

**4.3.1** 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 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**4.3.2** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

**4.3.3** 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 ; 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).

5. 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 ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 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).

6. 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 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.

7.1 En l'espèce, l'intimée a supprimé les prestations d'assurance avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à partir du 8 avril 2022, en s'appuyant sur le rapport d'expertise orthopédique du 13 mars 2021, et son complément du 6 octobre 2021, qui concluait que les effets délétères de la contusion du genou gauche, consécutive à l'accident, avaient cessé au plus tard le 16 janvier 2015. Les gonalgies droites et les lombalgies n'étaient quant à elles pas liées, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement accidentel ou à la boiterie chronique gauche qui s'en était suivie.

7.2 Cette expertise ne peut pas se voir reconnaître valeur probante, en particulier, pour les motifs qui suivent.

En premier lieu, il ressort certes du rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 13 juillet 2015 que le recourant présentait, au genou gauche, des séquelles de la maladie de Sinding Larsen Johansen. Selon l'expert, les imageries au dossier montraient par ailleurs une arthropathie dégénérative en cours au moment de l'intervention chirurgicale de ce genou le 19 février 2015 (rapport du 13 mars p. 18).

Cependant, dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2015 relatif à cette opération, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG avait posé les diagnostics de fracture de l'éperon rotulien distal et de rupture partielle du tendon rotulien gauche. Dans son appréciation (finale) du 18 décembre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ avait admis que la chute dont avait été victime le recourant le 28 août 2014 avait occasionné une lésion au niveau du tendon rotulien gauche et constaté que l'arthroscopie réalisée le 14 juin 2017 avait mis en évidence un cal vicieux post-fracture de la rotule avec un éperon entraînant un conflit avec le tendon

rotulien, avant d'évaluer l'atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels du genou gauche à 7%. C'est dire que le médecin d'arrondissement avait reconnu un lien de causalité (naturelle) entre l'atteinte au genou gauche et l'accident.

Or, l'expert se contente de mentionner que le recourant n'a souffert que d'une contusion du genou gauche dans les suites de l'accident, ayant objectivement cessé de déployer ses effets délétères le 16 janvier 2015 (date de l'IRM de contrôle qui montrait la résolution du discret œdème tissulaire ; rapport d'expertise du 13 mars 2021 p. 22 et rapport complémentaire du 6 octobre 2021 p. 3). Il se borne également à indiquer qu'au-delà du 16 janvier 2015, le cursus du genou gauche était régi par des éléments non imputables à l'accident, notamment l'arthropathie dégénérative (rapport du 13 mars 2021 p. 20 et 22). Toutefois, l'expert ne discute pas les diagnostics retenus par les HUG et le médecin d'arrondissement dans les rapports précités des 1<sup>er</sup> avril 2015 et 18 décembre 2017, faisant pourtant état d'éléments médicaux objectifs en lien avec l'événement accidentel. L'expert aurait dû indiquer par une explication dûment motivée les raisons pour lesquelles il s'écartait de cette appréciation.

S'ajoute à cela que l'expert retient que l'IRM « du genou gauche du 29 mai 2019 n'a (...) pas montré de signe de souffrance du tendon rotulien » (rapport du 13 mars 2021 p. 19), raison pour laquelle il conclut que le cursus du genou gauche est « probablement régi par une arthropathie dégénérative qui s'y installe lentement, possiblement potentialisée à un moment de l'évolution par la chirurgie itérative de l'appareil extenseur, mais pas au-delà du 29 mai 2019 » (p. 20). Or, l'IRM du 29 mai 2019 concerne le genou droit, non pas gauche (dossier intimé pièce 385 p. 11). Ainsi, la conclusion que l'expert tire de l'IRM du 29 mai 2019 s'agissant du genou gauche ne peut être suivie.

C'est le lieu de rappeler que lorsque, comme en l'espèce, une chute a déclenché des atteintes assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. a OLAA (« fractures »), et/ou let. f de cette disposition (« déchirures de tendons ») – il s'agit en l'occurrence d'une fracture de l'éperon rotulien distal et d'une rupture partielle du tendon rotulien gauche –, le droit aux prestations prend fin uniquement lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est manifeste, clairement établi. Or, l'expert, en se focalisant sur la simple contusion et l'état dégénératif du genou gauche, n'a nullement répondu à cette question.

En second lieu, s'agissant des gonalgies droites et des lombalgies, l'expert nie tout lien de causalité avec l'accident ou la boiterie chronique gauche du recourant, au motif qu'il n'a pas connaissance d'études à large échelle démontrant une prévalence plus élevée de lésions méniscales ou d'une arthrose d'un membre controlatéral (*in casu* droit), ou de lombalgies/troubles dégénératifs lombaires chez des personnes présentant une boiterie chronique unilatérale.

Or, si la boiterie chronique gauche n'a pas causé l'arthropathie dégénérative du genou droit ni les troubles dégénératifs lombaires, il n'est toutefois pas exclu,

comme l'a souligné la chambre de céans dans l'arrêt de renvoi du 6 février 2020, que les gonalgies droites et les lombalgies soient qualifiées de séquelles accidentelles indirectes, selon la jurisprudence, lorsqu'un mauvais appui (consécutif à un accident) a pu représenter un facteur aggravant sur ces troubles dégénératifs. Il appartenait ainsi à l'expert de se prononcer, de manière circonstanciée, sur l'(in)existence d'un rapport de causalité naturelle indirecte sur la base des circonstances propres au cas d'espèce, et non pas sur la base d'« études inconnues », d'autant que l'IRM lombaire du 3 septembre 2018 faisait état de lésion d'origine multifactorielle (dossier intimée pièce 347 ; arrêt de renvoi précité consid. 18). À nouveau, l'expert n'a pas expliqué si cette « origine multifactorielle » se rapportait ou non à l'accident.

**7.3** Au vu de ce qui précède, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique.

Celle-ci sera confiée au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier de la hanche et du genou, à l'endroit duquel les parties ont indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir.

Le recourant s'est déclaré d'accord avec la mission d'expertise, tandis que l'intimée a, dans son écriture du 30 janvier 2024, fourni une liste de questions qu'elle souhaitait voir posées à l'expert.

La chambre de céans constate toutefois que ces questions figurent déjà dans la mission d'expertise, qui comprend toutes celles auxquelles l'expert, sur la base du dossier médical y compris les résultats d'imagerie ainsi que son examen clinique, est invité à répondre de manière détaillée concernant notamment les diagnostics, la causalité tant pour ce qui est du genou gauche, du genou droit que des lombalgies, le *statu quo sine vel ante*, la date de la stabilisation de l'état de santé, son avis sur le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 13 mars 2021 et le complément du 6 octobre 2021, la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et le taux de l'IPAI. Il n'y a donc pas lieu de compléter la mission d'expertise.

**7.4** Il n'est pas nécessaire, à ce stade, de procéder à l'audition du Dr E\_\_\_\_\_, orthopédiste traitant, ni d'entendre oralement le recourant qui s'est exprimé par écrit, ni de solliciter l'apport du dossier AI du recourant, puisque, d'une part, ce dossier, pour l'essentiel, est constitué des pièces que l'intimée a communiquées à l'OAI à la demande de cette autorité (dossier intimée pièces 148, 179, 192, 214, 224), et d'autre part, l'OAI, à l'inverse de l'intimée, n'examine pas la question ici déterminante du lien de causalité entre les affections du recourant et l'accident (cf. art. 4 de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI - RS 831.20]).

En ce qui concerne les rapports de l'orthopédiste traitant postérieurs au 3 juin 2019, notamment le rapport du 31 octobre 2019 relatif à une opération pratiquée la veille sur le genou et la cheville droits (qui n'est pas inclus dans le dossier de

l'intimée) et les rapports d'IRM « récents à l'époque » dont fait référence la chambre de céans dans un arrêt de renvoi du 20 juillet 2020 opposant le recourant à l'OAI (ATAS/602/2020 ; cf. acte de recours p. 7-8) à la suite duquel l'OAI a rendu la décision du 11 janvier 2021, le recourant est invité à les requérir auprès de son orthopédiste traitant et à les transmettre à la chambre de céans pour qu'elle puisse les communiquer tant à l'intimée qu'à l'expert judiciaire.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

- I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A\_\_\_\_\_. La confie au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier de la hanche et du genou.
- II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire prendre tous renseignements et/ou requérir tous rapports médicaux auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment le docteur E\_\_\_\_\_.
- C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :
1. **Anamnèse détaillée**
  2. **Plaintes de la personne expertisée**
  3. **Status et constatations objectives**
  4. **Diagnostic(s) précis**
  5. **Causalité**
    - 5.1 Le recourant présentait-il un état maladif antérieur au 28 août 2014 ? Dans l'affirmative, lequel ?
    - 5.2 Quels ont été les diagnostics révélés suite à l'accident du 28 août 2014 ? Lesquels correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA (soit les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les elongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments, les lésions du tympan) ?
    - 5.3 S'agissant des diagnostics correspondant à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :
      - 5.3.1 Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.
      - 5.3.2 L'accident du 28 août 2014 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?

- 5.3.3 En particulier, l'intervention du genou gauche le 19 février 2015 était-elle nécessitée par l'accident précité, par une pathologie malade ou par un état pré-existant à l'accident ? Dans quelle mesure ?
- 5.3.4 L'intervention du genou gauche le 14 juin 2017 était-elle nécessitée par l'accident du 28 août 2014, par une pathologie malade ou par un état pré-existant à l'accident ? Dans quelle mesure ?
- 5.3.5 Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 28 août 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
- 5.3.6 L'accident du 28 août 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
- 5.3.7 À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé de l'assuré (« *statu quo sine* » - moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire - ou « *statu quo ante* » - moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident - atteint) ?
- 5.3.8 Dans le cas où l'accident du 28 août 2014 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle et/ou dans une activité adaptée (veuillez préciser le domaine) ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
- 5.4 S'agissant des diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :
- 5.4.1 L'accident du 28 août 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (*condition sine qua non*) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?
- 5.4.2 En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du genou gauche le 19 février 2015 sont-elles dues à l'accident du 28 août 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ?
- 5.4.3 Les atteintes ayant nécessité l'intervention du genou gauche le 14 juin 2017 sont-elles dues à l'accident du 28 août 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ?

- 5.4.4 Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 28 août 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
- 5.4.5 L'accident du 28 août 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
- 5.4.6 À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
- 5.4.7 S'agissant des atteintes ayant un lien de causalité probable ou certain avec l'accident du 28 août 2014, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle et/ou dans une activité adaptée (veuillez préciser le domaine) ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?

## 6 **Traitement**

- 6.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation
- 6.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée
- 6.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?
- 6.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

## 7. **Atteinte à l'intégrité**

- 7.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?
- 7.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la CNA ?
- 7.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité

8 **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

8.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2017 ?  
En particulier avec les diagnostics posés, la date de la stabilisation de l'état de santé, l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 0% dans l'activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles, et le taux de l'atteinte à l'intégrité de 7% ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 13 mars 2021 et son complément du 6 octobre 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés et son appréciation concernant la causalité (naturelle) entre les atteintes de la personne expertisée et l'accident du 28 août 2014 ?

8.2.1 Les troubles présentés par l'assuré au genou droit sont-ils en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident précité ? Existe-il un lien de causalité naturelle (indirecte) entre les troubles au genou et la cheville droits et la boiterie chronique gauche dont se plaint (plaignait) l'assuré ? Les atteintes ayant nécessité l'intervention du genou droit le 5 décembre 2018 et celle dudit genou et de la cheville droite le 30 octobre 2019 sont-elles dues à l'accident du 28 août 2014 et/ou à cette boiterie chronique gauche d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ?

8.2.2. Les troubles présentés au rachis lombaire sont-ils en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident précité ? L'« origine multifactorielle » des lésions mentionnées sur l'IRM lombaire du 3 septembre 2018 se rapporte-t-elle à l'accident du 28 août 2014 ? Existe-il un lien de causalité naturelle (indirecte) entre les lombalgies et la boiterie chronique gauche dont se plaint (plaignait) l'assuré ?

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

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans un délai de quatre mois 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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