



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1700/2023

ATAS/691/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 septembre 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; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

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^{er} 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^{ème} 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 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^{er} 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.

w. 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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 ;
- 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^{er} 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^{er} 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^{er} août 2015 au 30 avril 2019, puis à nouveau dès le 1^{er} 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^{er} 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.

h. Par ordonnance du 8 mars 2024 (ATAS/155/2024), la chambre de céans a ordonné une expertise médicale de l'assuré, et mandaté le Dr G_____ pour ce faire, après avoir relevé que les questions que l'intimée souhaitait voir posées à l'expert judiciaire figuraient déjà dans la mission d'expertise.

En substance, la chambre de céans a considéré que le rapport d'expertise orthopédique du 13 mars 2021 et son complément du 6 octobre 2021 ne pouvaient se voir reconnaître valeur probante. Il ressortait en effet du dossier que le médecin d'arrondissement de la CNA avait reconnu un lien de causalité (naturelle) entre l'atteinte au genou gauche et l'accident. Or, l'expert administratif ne discutait pas les diagnostics retenus par les HUG et le médecin d'arrondissement dans des rapports des 1^{er} avril 2015 et 18 décembre 2017 qui faisaient pourtant état d'éléments médicaux objectifs en lien avec l'événement accidentel et n'expliquait pas les raisons pour lesquelles il s'écartait de cette appréciation. Par ailleurs, la conclusion que l'expert tirait de l'IRM du 29 mai 2019 s'agissant du genou gauche ne pouvait être suivie, dans la mesure où cette IRM concernait le genou droit.

Pour ce qui était des gonalgies droites et des lombalgies, l'expert aurait également dû 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. À nouveau, l'expert n'avait pas expliqué si cette « origine multifactorielle » se rapportait ou non à l'accident.

i. Le 16 avril 2024, le Dr G _____ a examiné l'assuré, assisté par une interprète en langue espagnole.

Dans un rapport du 3 juin 2024, l'expert judiciaire a diagnostiqué, en lien de causalité avec l'événement du 28 août 2014, une contusion du genou gauche et un traumatisme du massif facial avec fracture des os du nez et multiples avulsions dentaires. Le *statu quo sine* relatif aux atteintes au genou gauche était fixé au 28 novembre 2014, trois mois après ledit événement. Les atteintes au genou droit, au rachis lombaire et aux chevilles étaient sans rapport avec cet événement.

j. Dans ses observations du 21 juin 2024, l'intimée a maintenu sa position après avoir considéré que l'expertise judiciaire revêtait une pleine valeur probante.

k. Dans ses observations du 26 août 2024, le recourant a sollicité une contre-expertise, ou à tout le moins, une expertise complémentaire.

Il a estimé que l'expertise judiciaire était lacunaire, dans la mesure où à cette occasion il n'avait pas pu décrire avec précision comment son genou gauche avait été affecté au moment de la chute, nécessitant en conséquence la convocation d'un traducteur lors du complément d'expertise. Cette expertise ne semblait pas non plus fournir une analyse approfondie de la causalité directe ou indirecte entre l'accident et les symptômes actuels, en particulier les douleurs persistantes au genou gauche et les autres problèmes orthopédiques, ni ne prenait en compte l'impact psychologique de l'accident, qui était crucial dans l'évaluation globale de l'incapacité de travail et de l'intégrité. Ladite expertise mentionnait en outre divers traitements chirurgicaux et physiothérapeutiques tout en demeurant flou quant à

leur efficacité et à leur lien avec l'accident. Cet aspect était pourtant essentiel notamment en ce qui concernait la stabilisation de l'état de santé.

1. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée pour information.

EN DROIT

1.

1.1 La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 8 mars 2024. Il suffit d'y renvoyer.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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 et l'accident du 28 août 2014.

3.

3.1 Le 1^{er} 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).

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

4.3 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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.

6.1 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.

Cette expertise administrative a toutefois été jugée non probante par la chambre de céans par ordonnance du 8 mars 2024, de sorte qu'une expertise judiciaire a été ordonnée.

Le rapport d'expertise judiciaire du 3 juin 2024, établi par un spécialiste de la discipline médicale ici pertinente (chirurgie orthopédique, en particulier de la hanche et du genou), comprend l'anamnèse, les données objectives du dossier, soit les pièces médicales, y compris radiologiques (de même que celles fournies par le recourant), les données subjectives du recourant, l'examen clinique (et donc les constatations objectives), ainsi qu'une discussion du cas. L'expert s'est également déterminé sur les avis médicaux au dossier, en particulier sur ceux des médecins d'arrondissement de l'intimée ainsi que sur celui de l'expert administratif. Les conclusions de l'expert judiciaire sont claires et bien motivées. En l'absence de rapport médical les remettant en cause, elles emportent la conviction. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Sur le fond, l'expert judiciaire a posé, en lien de causalité avec l'accident du 28 août 2014, les diagnostics de contusion du genou gauche et de traumatisme du massif facial avec fracture des os du nez et multiples avulsions dentaires.

Les diagnostics, sans lien de causalité avec cet accident, étaient :

- au niveau du genou gauche, une tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante, un status post-excision d'une entésopathie calcifiante du tendon rotulien proximal, débridement d'une tendinopathie chronique et suture du tendon rotulien le 19 février 2015, une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, et un status post-reprise d'excision d'entésopathie calcifiante du tendon rotulien proximal, bursectomie, dénervation hémicirconférentielle de la rotule et résection de plica le 14 juin 2017 ;
- au niveau du genou droit, une tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante, un status post-suture de la corne postérieure du ménisque interne, status post-résection partielle du ménisque externe,

chondroplastie du condyle fémoral interne, résection d'une plica et de corps libres associée à une synovectomie le 5 décembre 2018, et un status post-reprise arthroscopique avec résection partielle du ménisque interne et externe, dénervation de la patella, débridement cartilagineux le 30 octobre 2019 ;

- au niveau du rachis lombaire, une discopathie dégénérative L5-S1 et L4-L5 ;
- au niveau de la cheville gauche, une tendinopathie calcifiante du tendon d'Achille ; et
- au niveau de la cheville droite, un status post-kystes arthro-synoviaux développés aux dépens de l'articulation talo-crural, associés à une tendinite des tendons péroniers, et un status post-plastie de bolstrom gould, débridement cartilagineux tibiotalien, levée de conflit, ablation de kystes arthrosynoviaux le 30 octobre 2019.

L'expert judiciaire a comparé les clichés radiologiques du genou gauche d'octobre 2012 avec ceux d'août 2014, et constaté qu'en 2012, soit avant l'accident, il y avait déjà des irrégularités au niveau de l'extrémité distale du tendon rotulien, mal définies, évocatrices d'un début de tendinopathie calcifiante, sans défaut d'ossification secondaire qui serait compatible avec une maladie de Sinding-Larsen-Johansson. Sur la base de cette radiographie de 2012, il excluait avec certitude le diagnostic de maladie de Sinding-Larsen-Johansson. La radiographie du 28 août 2014 mettait en évidence le développement d'un éperon rotulien au niveau de l'extrémité distale de la rotule, correspondant à une entésopathie calcifiante du tendon rotulien, c'est-à-dire une inflammation chronique du tendon rotulien aboutissant à sa calcification. Le fragment osseux, noyé dans le tendon rotulien, était parfaitement corticalisé excluant une fracture aiguë. Il s'agissait d'une image typique d'un ilot condensant d'entésopathie calcifiante voué, dans les années suivantes, à se rattacher à l'éperon par progression de la calcification de cette entésopathie inflammatoire. Ces constatations étaient raccord avec l'IRM du genou gauche du 15 septembre 2014, réalisée moins de trois semaines après l'événement : le fragment osseux (qui était un ilot condensant d'entésopathie calcifiante) ne présentait aucun hypersignal en son sein, alors qu'une fracture fraîche aurait montré un volumineux hypersignal T2 en son sein. Par contre, était relevé un petit hypersignal dans le tendon rotulien, entre l'éperon et cet ilot condensant, compatible avec une tendinopathie chronique et s'incluant parfaitement dans ce diagnostic d'entésopathie calcifiante.

L'expert judiciaire a exposé que, si dans le protocole opératoire du 19 février 2015, le diagnostic retenu était celui de « fracture d'un éperon rotulien distal avec rupture partielle du tendon rotulien gauche », l'intervention chirurgicale avait en revanche consisté en l'excision d'une calcification et de l'ossification, associée à un débridement tendineux. Or, la calcification, l'ossification et le débridement osseux étaient des notions étrangères à une fracture, à l'inverse d'une excision de fragment osseux libre secondaire à une pseudarthrose. L'intitulé opératoire était

donc compatible avec celui de l'excision d'une entésopathie calcifiante. La réinsertion du tendon rotulien proximal s'expliquait par le fait qu'en cas d'excision d'une entésopathie calcifiante dans le contexte de tendinopathie chronique du tendon rotulien, une partie du tendon rotulien était détachée, puis rattachée. Du reste, la prescription de physiothérapie du 14 juillet 2015 mentionnait un status post-cure de tendinopathie du genou gauche, soit un diagnostic compatible avec celui posé par l'expert judiciaire, mais incompatible avec le traitement d'une pseudarthrose.

Le diagnostic d'entésopathie calcifiante du tendon rotulien gauche proximal était renforcé par le fait que l'opération du 19 février 2015 n'avait pas apporté d'amélioration. Une prise en charge chirurgicale d'une fracture du pôle inférieur de la rotule avec pseudarthrose aboutissait en général à de bons résultats dans les deux à trois mois, à l'inverse des chirurgies dans le contexte de tendinopathie chronique avec calcification. *In casu*, une deuxième intervention chirurgicale avait été effectuée le 14 juin 2017 avec un émondage, c'est-à-dire la résection de l'entésopathie calcifiante rattachée au pôle inférieur de la rotule dans le tendon rotulien, associé à une bursectomie, à nouveau sans aucune amélioration.

L'expert judiciaire a relevé que les appréciations des médecins d'arrondissement de l'intimée ne comportaient aucune discussion des pièces radiologiques ni des diagnostics erronés figurant au dossier (qu'ils reprenaient simplement), et elles n'étaient pas non plus motivées en ce qui concernait le lien de causalité. Le diagnostic de limitation fonctionnelle du genou gauche retenu lors de l'examen final de l'assuré le 6 décembre 2017 n'en était pas un. Il s'agissait tout au plus d'une constatation. Pour ces raisons, les appréciations de ses confrères ne pouvaient pas être suivies.

Il en a conclu que l'accident du 28 août 2014 avait entraîné une contusion du genou gauche s'inscrivant dans un contexte de tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante. Pour une contusion, le *statu quo sine* était fixé au plus tard à trois mois de l'événement, soit au 28 novembre 2014. Les opérations entre février 2015 et juin 2017 relevaient strictement du status antérieur à type de tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante, laquelle n'avait pas été aggravée par l'événement litigieux, mais seulement révélée au moment des opérations. La symptomatologie plaintive au-delà de fin 2014 était strictement liée à cette tendinopathie, et dans une moindre mesure à la méniscopepathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, antérieure à l'événement.

En ce qui concernait les lombalgies, apparues à l'été 2018, l'« origine multifactorielle » des atteintes dégénératives mise en évidence sur l'IRM du 3 septembre 2018 se rapportait à des éléments radiologiques. Le rétrécissement foraminaux révélé sur cette imagerie était due d'une part à la discopathie dégénérative à base large en avant et d'autre part à l'arthrose facettaire débutante

en arrière. Le lien de causalité entre la symptomatologie lombaire, survenue près de quatre ans après l'accident, et ce dernier était exclu.

S'agissant de la boiterie, le lien de causalité était également exclu, en l'absence notamment de syndrome radiculaire.

Quant à la symptomatologie au genou droit, le recourant s'en plaignait depuis février 2016, plus d'une année et demi après l'événement. Or, lors de l'examen par le médecin d'arrondissement le 25 mai 2016, ainsi que lors du séjour à la CRR entre juillet et août 2016, aucune boiterie n'avait été constatée. En l'absence de traumatisme sur ce genou le 28 août 2014 et en l'absence de toute symptomatologie plaintive jusqu'à février 2016, le lien de causalité avec l'accident du 28 août 2014 était tout au plus possible, voire exclu.

Pour ce qui était de la cheville droite, la symptomatologie n'était survenue que fin 2015. L'IRM du 10 décembre 2015 ne révélait aucune lésion d'allure traumatique aiguë, mais une entésopathie calcifiante au niveau du tendon d'Achille, pathologie similaire à celle ayant atteint le tendon rotulien, associée à des kystes arthro-synoviaux développés aux dépens de l'articulation talo-naviculaire. Il s'agissait de pathologies d'ordre strictement inflammatoire et dégénérative.

Il résulte de ce qui précède que seule la contusion au genou gauche était imputable à l'accident du 28 août 2014, ce jusqu'au 28 novembre 2014. Les autres lésions au rachis lombaire ainsi qu'aux membres inférieurs des deux côtés dont s'est plaint le recourant pour la première fois entre fin décembre 2015 et l'été 2018 résultaient exclusivement de maladies antérieures qui n'avaient pas pu être décompensées par l'évènement assuré.

Les arguments avancés par le recourant dans ses observations du 26 août 2024 ne permettent pas de s'écarter des conclusions étayées de l'expert judiciaire. En effet, contrairement à ce que prétend le recourant, il était bel et bien assisté d'une interprète en langue espagnole, sa langue maternelle (rapport d'expertise judiciaire p. 6, 26 et 46 ; convocation de l'interprète du 9 avril 2024 par la chambre de céans). Dans la mesure où la question d'un éventuel lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé invoquées est tranchée sur la base de renseignements d'ordre médical, il n'est pas nécessaire que le recourant complète ses déclarations sur la manière dont son genou gauche a été affecté lors de sa chute. En l'absence de tout lien de causalité entre l'accident et l'atteinte au genou gauche au-delà du 28 novembre 2014 comme relevé *supra*, tout rapport de causalité naturelle indirecte entre l'accident et les troubles au genou et la cheville droits, la boiterie chronique gauche et les lombalgies - apparus entre fin décembre 2015 et l'été 2018 - est exclu. Pour le même motif, il n'est plus pertinent de savoir si les traitements que le recourant a suivis postérieurement au 28 novembre 2014 pouvaient améliorer ou non son état de santé. Ainsi, il était inutile que l'expert judiciaire se prononce sur l'incapacité de travail du recourant et sur le taux de l'atteinte à l'intégrité. Enfin, l'expert judiciaire n'était pas non plus tenu de prendre

en compte l'(éventuelle) atteinte psychique du recourant, puisqu'aucun médecin ayant examiné ce dernier n'avait jusqu'ici considéré qu'une telle atteinte serait liée à l'évènement accidentel, étant rappelé que, dans l'arrêt de renvoi du 6 février 2020, la chambre de céans a enjoint l'intimée de mettre en œuvre une expertise sur le plan orthopédique exclusivement.

6.2 En conséquence, l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 5 avril 2023, à supprimer le droit du recourant à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières avec effet *ex nunc* et *pro futuro* (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

Il sera relevé que, par l'arrêt de renvoi du 6 février 2020, la chambre de céans a annulé la décision sur opposition du 13 décembre 2018 par laquelle l'intimée avait mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à compter du 1^{er} avril 2018, et renvoyé le dossier à celle-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans ses considérants, la chambre de céans a retenu que l'examen du droit à la rente effectué par l'intimée l'avait été prématurément, car il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, si la capacité de travail du recourant pouvait ou non être améliorée de manière significative au 13 décembre 2018, respectivement au 1^{er} avril 2018. Il s'ensuit que le droit à la rente du recourant n'a pas été tranché définitivement par cet arrêt. À l'issue de l'instruction complémentaire, l'intimée pouvait donc revenir sur le droit à cette prestation. Dans ce cadre, en l'absence de tout lien de causalité entre les troubles invoqués par le recourant et l'accident du 28 août 2014 au-delà du 28 novembre 2014, pour les motifs exposés *supra*, force est de conclure que le recourant ne peut prétendre l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

En conséquence, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), est-il superflu d'instruire davantage ce dossier.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le