



POUVOIR JUDICIAIRE

A/383/2019

ATAS/92/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 février 2020

8^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO
SANTOS

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

intimé

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Anny FAVRE et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Employé en tant que maçon (aide-chapeur) pour le compte de B_____ S.A. depuis 2011, Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol, né le _____ 1978, était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 28 août 2014, en voulant déboucher le tuyau d'alimentation du mortier, l'air comprimé bloqué à l'intérieur lui a projeté le tuyau au visage, provoquant un trauma facial et une blessure au genou gauche.
2. Dans un certificat du 28 août 2014, les Drs C_____ et D_____, du Service des urgences des HUG, ont constaté une fracture des os du nez et d'une dent.
3. Dans un rapport du 30 mars 2015, le Dr E_____ a diagnostiqué une fracture de l'éperon rotulien distal et une rupture partielle du tendon rotulien gauche.
4. La SUVA a pris en charge les thérapies nécessaires, notamment des interventions chirurgicales au niveau du nez (3 septembre 2014 et 12 novembre 2015) et du genou gauche (19 février 2015) et les incapacités de travail subséquentes.
5. Le 4 février 2015, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.
6. Lors d'un entretien du 18 janvier 2016, l'assuré a déclaré à la SUVA qu'il avait tenté de reprendre le travail le 7 novembre 2015. 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.
7. 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.
8. Selon une notice d'entretien téléphonique du 18 février 2016, l'assuré a informé la SUVA que le 10 février précédent, 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 ».
9. Dans une déclaration d'accident-bagatelle LAA du 18 février 2016, l'assuré a signalé que, suite à l'accident du 28 août 2014, il avait énormément sollicité la jambe droite, ce qui avait entraîné une inflammation (douloureuse) au genou droit, qu'il ressentait lorsqu'il se promenait.
10. L'évolution a été favorable en ce qui concerne les lésions dentaires et ORL. En revanche, l'assuré présentait des gonalgies invalidantes au niveau du genou gauche, ce qui a motivé une prise en charge stationnaire au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), du 19 juillet au 23 août 2016, en vue d'une rééducation intensive et d'un bilan multidisciplinaire.

11. Dans un rapport du 9 septembre 2016, les médecins de la CCR 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.

Au vu des plaintes douloureuses de la cheville droite, un bilan échographique et une nouvelle IRM ont été effectuées, montrant un kyste arthro-synovial d'origine arthro-synoviale, ainsi qu'une ténosynovie des tendons fibulaires juste en aval de la malléole externe. En cas de persistance des douleurs, une ponction-aspiration de ce kyste était proposée.

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

Selon les médecins du CRR, une radiographie du genou droit du 14 février 2016 n'avait pas mis en évidence de fracture ou de trouble dégénératif apparent (cf. rapport du 9 septembre 2016, p. 2).

12. Le 13 janvier 2017, l'assuré a été examiné par le Dr F_____, médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son appréciation du cas, celui-ci 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 séquellaire importante. Au niveau de la cheville droite, il a constaté que l'évolution était désormais satisfaisante, après un épisode de ténosynovite. Les troubles de la cheville droite n'étaient pas en relation pour le moins probable avec l'accident initial. Le bilan clinique et d'imagerie était rassurant et on s'attendait donc à une reprise d'activité professionnelle dans l'ancienne activité dès le 20 janvier 2017.
13. Un rapport d'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.
14. Le 14 juin 2017, l'assuré a subi une arthroscopie pour le traitement de la « tendinopathie rotulienne rebelle » au niveau du genou gauche. Dans son rapport opératoire daté du même jour, le Dr G_____ a attesté un status post-fracture de la rotule avec cal vicieux sous forme d'un éperon important situé au pôle inférieur de

la rotule entrant en conflit avec le tendon rotulien proximalien. A cette occasion, le praticien a réséqué au shaver 4,5 mm ainsi qu'à la sonde électro-fréquence, une plica para-patellaire interne fibreuse, des synovites juxta-lésionnelles, la bourse pré-rotulienne, ainsi qu'une tubérosité tibiale antérieure.

15. Dans un certificat du 15 juin 2017, le Dr G_____ a attesté que le patient était en incapacité de travail à 100% depuis le 27 avril 2017, ensuite d'accident. Selon les feuilles-accident LAA remplies par ce médecin, cette dernière date correspond à une « rechute » de l'accident du 28 août 2014.
16. Dans un rapport du 17 août 2017, le Dr G_____ a indiqué que l'évolution était lente et que le traitement consistait en une physiothérapie. La flexion était à 65° et il existait un déficit d'extension de 5°. Il existait un risque de lésion arthrogène.
17. Après avoir examiné l'assuré, le Dr F_____ a relevé, dans son appréciation du 1^{er} septembre 2017, que le cas n'était pas stabilisé à ce jour 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. La flexion était de 170° et le déficit d'extension de 15°. La palpation à la rotule était sélectivement douloureuse. Il existait un épanchement intra-articulaire dans le genou. L'examen ligamentaire du genou était impossible, compte tenu des douleurs. Le médecin a également mentionné qu'il ne disposait pas des clichés « du dernier examen IRM réalisé ».
18. Par courrier du 12 octobre 2017, Me Catarina MONTEIROS SANTOS a informé la SUVA qu'elle était constituée pour la défense des intérêts de l'assuré pour toute affaire « en lien avec l'évènement du 28 août 2014 » (procuration signée le 8 février 2017).
19. Par courrier du 5 décembre 2017, établi à la suite d'un examen du patient du même jour, le Dr G_____ a fait état d'une flexion de 130° et d'une extension complète. Le patient présentait encore des douleurs et poursuivait la physiothérapie et le traitement antalgique. A la question : « pronostic ? », le médecin a mentionné : « lésions arthrogènes ».
20. Le 6 décembre 2017, le Dr F_____ a procédé à l'examen final de l'assuré. Selon ses constatations, la flexion était de 110° et l'extension complète ; la palpation de la rotule et du tendon rotulien était exquisément douloureuse. L'assuré indiquait ressentir une impression de gonflement intra-articulaire, alors qu'au jour de l'examen, on ne trouvait qu'un épanchement très modéré. Trois ans après l'accident initial, on pouvait conclure que l'évolution n'était pas favorable. Le cas était stabilisé. L'ancienne activité de maçon n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, - soit 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 répétés dans les escaliers -, l'assuré était apte à travailler à 100% (« on peut

s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière »). Pour le traitement futur, on pouvait prévoir une séance hebdomadaire de physiothérapie pendant six mois, puis deux séances mensuelles pendant six mois supplémentaires, ainsi qu'une consultation mensuelle auprès du chirurgien-traitant.

Le médecin a fixé l'atteinte à 7%. Selon la table n° 2 LAA pour une atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, on se situait dans un cas où le genou avait une flexion dépassant 100%, mais avec des douleurs et une boiterie à la marche. Dans la logique de comparaison, le cas était moins grave qu'une limitation de flexion à 90%, pour laquelle un taux de 10% était attribué.

Dans ce rapport, le Dr F_____ s'est référé à un rapport du Dr G_____ du 10 novembre 2017, selon lequel la flexion atteignait 120° et l'extension était complète ; il existait une amyotrophie et un épanchement intra-articulaire ; un prochain contrôle était prévu en décembre.

21. Par courrier du 8 janvier 2018, la SUVA a annoncé 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 ainsi accordé jusqu'au 31 mars 2018, date à partir de laquelle une éventuelle rente d'invalidité partielle pourrait être versée.
22. Le 28 février 2018, le Dr G_____ a prescrit une poursuite du traitement de physiothérapie en vue d'un « reconditionnement en douceur ».
23. Dans un projet de décision du 16 juillet 2018, adressé à la mandataire de l'assuré et transmis en copie à la SUVA, l'Office cantonal d'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a accordé à l'assuré, rétroactivement, une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100% pour la période du 1^{er} août 2015 au 28 février 2018. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale depuis le 28 août 2014 ; dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès le 24 novembre 2017. En conséquence, dès le 1^{er} mars 2018, le taux d'invalidité était de 16%, lequel n'ouvrait pas le droit à une rente (40%), ni le droit à un reclassement professionnel (20%). A cet égard, l'OAI a retenu que, dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré pourrait réaliser un revenu de CHF 60'320.- par an, alors que, sans invalidité, ce revenu s'élevait à CHF 71'842.-.

Ce projet se fonde sur un avis du SMR du 10 juillet 2018, retenant les limitations fonctionnelles suivantes : limitation du port de charges à 10 kg de manière occasionnelle, marche en terrain instable, position accroupie et à genoux, montée et descente répétitive et rapide des escaliers, montée sur des échelles ou des échafaudages, marche rapide, pivots dans le contexte d'une fracture d'un épéron rotulien distal et une rupture partielle du tendon rotulien du genou gauche.

24. Un rapport d'IRM lombaire du 3 septembre 2018 fait état, au niveau L4-L5, d'une ostéoporose intervertébrale débutante, d'une dessiccation discale et d'une rupture de l'anneau fibreux postérieur para-médiane à gauche en contact avec l'émergence de

la racine L5 à gauche sans compression significative en position couchée sans surcharge pondérale ; au niveau L5-S1, il existait un rétrécissement d'origine multifactorielle à prédominance foraminale bilatérale d'origine multifactorielle au contact avec les racines L5 de deux côtés et présence d'un rétrécissement débutant également d'origine multifactorielle.

25. Un rapport d'IRM du genou droit du 3 septembre 2018 met en évidence une fissuration oblique de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une lame d'épanchement intra-articulaire réactionnel.
26. Dans un certificat du 4 septembre 2018, le Dr G_____ a attesté que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'une opération était prévue prochainement au genou droit.
27. Par décision du 6 septembre 2018, la SUVA a accordé à l'assuré, dès le 1^{er} avril 2018, une rente d'invalidité de 14%, calculée sur la base d'un gain annuel assuré de CHF 76'279.-, compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 70'104.- par an et d'un revenu avec invalidité de CHF 59'960.- par an, 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 accordé en outre une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 8'820.-, compte tenu d'un taux de 7% et d'un gain annuel de CHF 126'000.-.
28. Par acte du 8 octobre 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a formé opposition contre cette décision.

Le taux d'incapacité était contesté et le « taux de diminution de l'intégrité (...) » était erroné. Les revenus avec et sans invalidité étaient contestés. La décision était prématurée, puisque l'assuré était toujours en incapacité de travail et ce pour une durée indéterminée, comme l'attestait un certificat médical du Dr G_____ du 4 septembre 2018, « accompagné du résultat d'IRM lombaire du 3 septembre dernier ». Il convenait donc de reprendre le versement des indemnités journalières. La baisse de rendement de l'assuré ne lui permettait pas d'exercer une activité adaptée.

29. Par acte du 12 novembre 2018, l'assuré a complété son opposition en produisant un certificat du Dr G_____ du 5 octobre 2018, ainsi que les rapports d'IRM de la colonne lombaire et du genou droit du 3 septembre 2018. Selon ce praticien, le patient présentait en particulier une déchirure du ménisque interne nécessitant une arthroscopie du genou droit. En raison des diagnostics posés à la suite de l'opération du genou gauche le 14 juin 2017 et des conclusions desdits rapports, le patient présentait toujours une incapacité totale de travailler et ceci depuis le 1^{er} février 2017.
30. Par décision du 13 décembre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition.

Lors de son appel téléphonique du 16 février 2016, l'assuré avait fait part d'un heurt du genou droit. Les troubles audit genou n'avaient ensuite plus été

mentionnés, même lors de la prise en charge stationnaire à la CRR du 19 (juillet) au 23 août 2016. Au regard du temps écoulé entre le 18 février 2016 et l'IRM du genou droit du 3 septembre 2018, on peinait à envisager l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate, l'accident assuré ayant concerné le genou gauche. Il en allait de même de l'IRM lombaire du 3 septembre 2018, celle-ci n'ayant pas révélé des atteintes d'étiologie traumatique. Partant, la SUVA était en droit de considérer que la poursuite du traitement spécifique des séquelles accidentelles au-delà du 31 mars 2018 n'était pas susceptible d'apporter une amélioration notable de l'état de santé. Le départ du droit à la rente au 1^{er} avril 2018 s'avérait justifié, ce d'autant que, dans son projet de décision du 16 juillet 2018, l'OAI n'avait pas reconnu à l'assuré le droit à un reclassement professionnel en présence d'une perte de gain de 16%.

Le revenu de CHF 59'960.- par an, réalisable dans une activité adaptée, avait été calculé en tenant compte de cinq rapports d'enquête économique pour 2018 (DPT collaborateur de production sur machines automatiques, montage/câblage, ouvrier à l'ébavurage, opérateur de meulage ou assemblage de mouvements) mettant en exergue, sur le marché général du travail, des emplois légers adaptés, à vocation sédentaire, n'impliquant en principe que le port de charges très légères et n'obligeant pas à maintenir des positions assises ou debout. Dans son certificat du 5 octobre 2018, le Dr G_____ attestait de pathologies qui ne pouvaient être rapportées à l'accident du 28 août 2014. Le fait que ce médecin ait attesté une incapacité totale de travail ne pouvait remettre en cause les conclusions des médecins de la CRR et du Dr F_____, d'autant moins que le Dr G_____ ne se prononçait pas sur le profil des activités adaptées à l'état de santé de son patient.

Le salaire réalisable sans accident de CHF 70'105.- à titre de gain présumable perdu pour 2018, avait été calculé sur la base des données transmises par l'employeur dans un courrier du 11 (recte : 8) janvier 2018, soit CHF 5'195.- x 13 + CHF 2'569,30 à titre d'allocations pour temps de pause, heures fériées, heures supplémentaires et temps de déplacement.

Le taux d'atteinte à l'intégrité de 7% devait être maintenu, ce d'autant que l'opposant n'avait apporté aucun élément déterminant propre à remettre en doute l'appréciation du Dr F_____ du 6 décembre 2017, laquelle résultait d'une analyse solide du dossier médical et se référait uniquement aux lésions objectives entraînant une atteinte à l'intégrité.

Les rapports DPT précités ont été joints à la décision litigieuse.

31. Par courrier du 14 décembre 2018, la mandataire de l'assuré a informé la SUVA que l'état de santé de son client s'était aggravé. Il s'était récemment fait opérer au genou droit et venait de lui annoncer qu'il devrait à nouveau se faire opérer au genou gauche au début de l'année prochaine. Dans cette perspective, il devrait rencontrer le Dr H_____, anesthésiste, dans le courant du mois de janvier 2019.

Aussi, il convenait d'annuler la décision litigieuse, au vu de son caractère prématuré.

32. Par courrier du 27 décembre 2018, la SUVA a maintenu sa décision. S'agissant du genou gauche, il incombait à l'assuré de s'annoncer auprès d'elle, en vue d'examiner si, et dans quelle mesure, les troubles en cause pouvaient être pris en charge par la SUVA au titre de rechute de l'accident du 28 août 2014.
33. Dans son recours du 29 janvier 2019, déposé le même jour dans un automate « My Post 24 », l'assuré a principalement conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 13 décembre 2018, ainsi qu'au renvoi de la cause à la SUVA pour « calcul des rentes et nouvelle décision dans le sens des considérants ». Préalablement, il a requis d'être entendu en comparution personnelle, ainsi que l'apport « du dossier du Dr G_____ », respectivement l'audition de ce dernier, l'apport du dossier AI, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Sa capacité de travail était encore nulle à ce jour, et cela dans toute activité, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'interrompre le paiement des indemnités journalières tant que son traitement médical n'était pas terminé. Sa récente opération au genou droit et sa prochaine opération au genou gauche démontraient que son état de santé n'était pas stabilisé au 1^{er} avril 2018. Les limitations fonctionnelles ne pouvaient dès lors être définies à ce jour. Il était ainsi trop tôt pour « envisager une éventuelle atteinte à l'intégrité ». Le lien de causalité entre l'accident et les lésions était « indéniable ».

Subsidiairement, il a fait valoir que le salaire d'invalidé retenu ne tenait compte ni d'un abattement, ni d'une baisse de rendement.

34. Par décision du 21 février 2019, le Vice-Président du Tribunal de première instance a mis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 14 février 2019.
35. Dans sa réponse du 29 mars 2019, la SUVA a conclu au rejet du recours.

Les rapports médicaux du Dr G_____ et les interventions chirurgicales invoqués ne remettaient pas en cause les constatations du Dr F_____ du 6 décembre 2017, selon lesquelles, trois ans après l'accident, l'évolution n'était pas satisfaisante et le cas était stabilisé. Le médecin traitant avait en particulier constaté, avec extension complète, une flexion du genou gauche atteignant 120° (rapport du 10 novembre 2017) à 130° (rapport du 5 décembre 2017) et le médecin d'arrondissement une flexion limitée à 110° avec extension complète.

Lors de l'examen clinique par le médecin d'arrondissement du 26 mai 2016, l'assuré n'avait pas relaté de plaintes à ce sujet, étant précisé que le saut monopodal à droite était réalisable. Au lendemain de la décision litigieuse (14 décembre 2018), l'assuré avait informé la SUVA qu'il devrait à nouveau se faire opérer au genou gauche au début de l'année 2019. Le cas échéant, les troubles allégués pourraient

être pris en charge au titre de rechute de l'accident du 28 août 2019. Dans son rapport (recte : certificat) du 5 octobre 2018, le Dr G_____ n'avait pas mentionné une nouvelle intervention au genou gauche. On devait ainsi admettre qu'au jour de la décision du 6 septembre 2018, confirmée le 13 décembre 2018, l'état du recourant était stabilisé. Aucun avis médical ne reconnaissait que l'on pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé en rapport avec l'accident du 28 août 2014 permettant l'augmentation de la capacité de travail exigible. Les douleurs persistaient, à l'instar de la mobilité restreinte. Il n'était question que d'un traitement médicamenteux et de physiothérapie. Il ne s'agissait donc pas d'un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré.

Les limitations fonctionnelles constatées par le Dr F_____ devaient donc être confirmées, ce d'autant qu'elles étaient similaires à celles retenues par ses confrères de la CRR.

Dans la mesure où le médecin d'arrondissement avait estimé que la capacité de travail, dans une activité adaptée, était de 100%, il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une diminution du rendement du recourant pour le calcul du revenu d'invalidité. Selon la jurisprudence, une déduction du salaire d'invalidité n'était pas non plus admissible eu égard au système même des DPT. Le recourant n'avait formulé aucune réserve, en procédure d'opposition, au sujet de l'application des DPT et n'avait fait valoir aucune objection sur le choix et la représentativité des postes sélectionnés. Au demeurant, le salaire moyen des 5 DPT retenu de Fr. 59'960.- ne s'éloignait guère de celui de CHF 60'320.- retenu par l'OAI dans son projet de décision du 16 juillet 2018.

Le recourant n'avait pas explicitement critiqué le taux de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

36. Dans ses observations du 17 mai 2019, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours.

Comme l'avait attesté le Dr G_____ dans la feuille-accident LAA correspondante, sa capacité de travail était toujours nulle, à tout le moins jusqu'au 3 juin 2019. Ce médecin considérait que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité lucrative. Son état de santé s'était même aggravé, comme cela résultait d'un avis du SMR du 9 novembre 2018 (joint au recours), établi dans le cadre de son opposition au projet de décision de l'OAI du 16 juillet 2018. La décision litigieuse était donc prématurée. Au vu de l'aggravation de son état de santé, le taux de 7% de l'atteinte à la santé s'avérait erroné.

Dans cet avis, le médecin du SMR a retenu une aggravation de l'état de santé « dans la mesure où l'assuré a une nouvelle atteinte au niveau lombaire et apparemment au niveau du genou droit », aggravation qu'il convenait d'investiguer auprès du Dr G_____. Il mentionne également ce qui suit : « (...), nous recevons un certificat du Dr G_____ orthopédiste traitant qui indique que l'assuré doit se

faire opérer du genou droit prochainement. Par ailleurs, l'assuré présente des lombalgies gauches dans le contexte de troubles dégénératifs débutant au niveau L4-L5 et L5-S1 avec signe de souffrance de l'émergence de la racine L5 à gauche mis en évidence sur une IRM lombaire du 3.09.2018 ».

37. Par envoi spontané du 29 mai 2019, le recourant a versé au dossier une feuille-accident LAA, dans laquelle le Dr G_____ atteste que son patient continuait d'être totalement incapable de travailler jusqu'au 29 août 2019, ainsi qu'un certificat médical de ce praticien du 25 mai 2019 attestant une incapacité complète de travail pour cause de maladie (sic) du 5 décembre 2018 au 25 juin 2019 et mentionnant que le « traitement n'est pas terminé » et une « re-op(ération) à prévoir » (sans autre précision).
38. Dans ses observations du 4 juillet 2019, la SUVA a maintenu que les troubles du rachis lombaire et la lésion du genou droit, objectivés à l'IRM du 3 septembre 2018, n'étaient pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'évènement du 28 août 2014. Par ailleurs, l'assuré n'avait toujours pas formellement annoncé une rechute auprès de la SUVA.
39. Dans ses déterminations du 9 septembre 2019, le recourant a fait valoir que, dans son avis du 9 novembre 2018, le médecin du SMR n'avait ni confirmé ni infirmé que la nouvelle atteinte n'était pas en lien avec l'accident du 28 août 2018. Il faisait, toutefois, état d'une aggravation de son état de santé, qui ne serait, selon le recourant, « pas celui-ci si cet accident n'avait pas eu lieu ». Cette nouvelle atteinte « dépend exclusivement des premières blessures constatées », sans lesquelles « aucune forme de lombalgie et de nouvelle atteinte au genou droit ne seraient survenues ».

Par ailleurs, dans le cadre d'un réexamen complet du dossier AI, il avait fourni à l'OAI la liste complète de ses médecins, par courrier du 24 juillet 2019. Dans ce contexte, et vu les avis médicaux contradictoires, il y avait lieu d'ordonner une expertise médicale pluridisciplinaire (sans précision) et d'auditionner le Dr G_____. Enfin, il souhaitait être entendu personnellement afin de pouvoir exposer ses difficultés physiques.

40. A l'appui de ses déterminations du 9 septembre 2019, le recourant a encore joint en particulier les documents suivants :
 - un rapport opératoire du 5 décembre 2018 concernant le genou droit (diagnostic : lésion instable de la corne supérieure du ménisque interne ; lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe ; lésions cartilagineuses ; plica para-patellaire interne fibreuse ; lambeau de Hoffa s'interposant en fémoro-rotullien ; corps cartilagineux inter-articulaire libre ; synovite étendue) ;
 - un rapport d'IRM du genou droit du 29 mai 2019 reprenant pour l'essentiel les conclusions du précédent rapport de l'IRM du 3 septembre 2018 ;

- 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 distal 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 du genou gauche du 3 juin 2019 retrouvant, pour l'essentiel, les constatations de l'IRM du 20 février 2018 ;
 - 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 ;
41. Par courrier du 15 octobre 2019, la SUVA a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

EN DROIT

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

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

2. 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 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - [E 5 10](#)]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 29 janvier 2019 est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 13 décembre 2018.
5. Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire

dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien.

6. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).
7. Selon l'art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

D'après la jurisprudence, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF [144 V 354](#) consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral [8C 619/2018](#) du 7 mars 2019 consid. 3.3).

8. Il sied à présent d'examiner si l'intimée pouvait, en date du 6 septembre 2018, statuer sur le droit à la rente.
9. a. Selon l'art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF [134 V 109](#) consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; arrêt du Tribunal fédéral [8C 179/2014](#)

du 16 mars 2015 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

10. a. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPG). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

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

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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1).

11. a. Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3).

b. En cas de rechute, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

12. a. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance prépondérante, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1). À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve - au degré de la vraisemblance prépondérante - du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 13 mai 2018 consid. 4.2).

b. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3 et U 50/99 du 28 juin 2001 consid. 3a).

c. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1). En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

13. a. 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).

b. 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).

14. 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.

a. 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).

b. 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), 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).

c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF [135 V 465](#) consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral [8C_923/2010](#) du 2 novembre 2011 consid. 5.2)

d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF [130 III 321](#) consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF [126 V 319](#) consid. 5a).

15. En l'occurrence, l'intimée considère qu'elle pouvait se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et mettre ainsi un terme au paiement du traitement médical et des indemnités journalières pour le 31 mars 2018. Son appréciation est

fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement qui a retenu en substance, dans son rapport du 6 décembre 2017, que l'état de santé du recourant était stabilisé et que les limitations fonctionnelles étaient définitives.

De son côté, le recourant estime que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'une amélioration de sa situation ne peut ainsi pas être exclue en cas de suivi d'un traitement adéquat.

16. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ([ATF 112 V 70](#) consid. 4), soit ici la décision sur opposition du 13 décembre 2018. C'est donc l'état de fait existant à cette date qui doit être pris en considération.
17. En l'espèce, la chambre de céans observe qu'au moment de rendre la décision querellée, le SUVA ne disposait pas du rapport d'IRM du genou gauche du 20 février 2018, mettant en évidence, depuis l'IRM du genou gauche du 3 avril 2017, « l'apparition nouvelle » de signes de tendinite fissuraire de la partie distale et externe du tendon rotulien distal. Selon l'index des pièces du dossier de la SUVA figure uniquement audit dossier une ordonnance pour IRM du genou gauche « prévue pour le 20.2.2018 », datée du 6 février 2018 et réceptionnée le 14 février suivant. En vertu de la maxime inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), la SUVA aurait donc dû de s'enquérir du résultat de cet examen, dont elle avait eu connaissance, avant de rendre sa décision initiale du 6 septembre 2018, respectivement sa décision sur opposition du 13 décembre suivant.

En effet, l'apparition de signes de tendinite sur le genou gauche constituait a priori un indice que l'état de santé de l'assuré n'était toujours pas stabilisé au moment déterminant de la décision litigieuse. A cela s'ajoute que, dans un certificat du 4 septembre 2018, le Dr G_____ avait estimé, quant à lui, que la situation médicale de son patient n'était pas stabilisée.

D'un autre côté, effectuée quelques semaines seulement après l'examen final du Dr F_____ du 6 décembre 2017, l'IRM du 20 février 2018 paraît infirmer les conclusions contraires de ce dernier, selon lesquelles l'état de l'assuré était stabilisé. A cet égard, l'argument du médecin d'arrondissement à l'appui de ce constat – « trois ans après l'accident initial » du 28 août 2014 - n'apparaît pas suffisamment motivé, faute en particulier d'être étayé par de la littérature médicale. Cet argument apparaît d'autant moins convaincant en l'occurrence que, lors de son précédent examen du 1^{er} septembre 2017, également intervenu « trois ans après l'accident initial », ce même médecin avait conclu que l'état n'était pas stabilisé. Le Dr F_____ n'explique du reste pas ce qui justifie cette appréciation différente après un intervalle de trois mois seulement. A cela s'ajoute que le rapport du Dr G_____ du 10 novembre 2017 (mentionné dans le rapport du médecin d'arrondissement du 6 décembre 2017, mais ne figurant pas au dossier soumis à la chambre de céans) faisait état d'un épanchement intra-articulaire au genou gauche,

lequel faisait alors toujours l'objet d'un traitement antalgique, selon le rapport du Dr G_____ du 5 décembre 2017.

18. C'est le lieu d'observer que, dans sa déclaration d'accident-bagatelle LAA du 18 février 2016, l'assuré avait déjà signalé à la SUVA que, suite à l'accident du 28 août 2014, il devait, désormais, solliciter davantage la jambe droite, ce qui avait entraîné une inflammation au genou droit. On ne peut dès lors exclure, en l'état du dossier, et en l'absence d'un avis médical circonstancié sur ce point, tout lien de causalité naturelle entre ledit accident et les gonalgies au genou droit, contrairement à ce qu'a affirmé péremptoirement la SUVA dans la décision litigieuse. Il en va de même de l'affection lombaire mise en évidence dans l'IRM du 3 septembre 2018, dont l'origine, décrite comme multifactorielle (et non pas uniquement dégénérative, comme semble l'avoir retenu la SUVA dans la décision entreprise), n'exclut pas en soi, qu'elle soit en relation de causalité naturelle, serait-ce partiellement, avec l'accident du 28 août 2014.

Dans ce contexte, on relèvera que le Tribunal fédéral a considéré qu'un mauvais appui en raison d'une blessure au pied ou à la jambe ou encore un raccourcissement de la jambe, etc. pouvaient entraîner des douleurs au dos, pouvant être qualifiées de séquelles accidentelles indirectes (RAMA 2003 n°U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2, arrêt du Tribunal fédéral U 522/06 du 12 octobre 2007 consid. 5.1). Notre Haute Cour a également considéré que les symptômes d'un mauvais appui en tant que séquelle indirecte d'un accident pouvaient apparaître tardivement (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 303/06 consid. 6.2.1 ; ATAS/478/2016 du 21 juin 2016 consid. 7b).

19. A cela s'ajoute que l'assuré, par courrier de son avocate du 14 décembre 2018, avait annoncé à la SUVA qu'après son opération au genou droit du 5 décembre 2018, il devrait à nouveau se faire opérer du genou gauche au début de l'année 2019, même s'il n'apparaît pas qu'une telle intervention ait effectivement été pratiquée cette année-là. A noter que, dans son certificat du 25 mai 2019, le Dr G_____ mentionne qu'une nouvelle opération est « à prévoir », sans que l'on puisse déterminer avec certitude de quel genou il s'agit, même s'il est fait état d'une incapacité de travail dès le 5 décembre 2018, correspondant à la date de l'intervention sur le genou droit.
20. Certes, conformément à son obligation de collaborer (art. 43 al. 3 LPGA), il eût appartenu au recourant de communiquer spontanément à la SUVA, sitôt reçu, le rapport d'IRM du genou gauche du 20 février 2018. L'assureur aurait ainsi pu prendre la décision litigieuse en toute connaissance de cause. Or, bien qu'assisté d'une avocate depuis le 8 février 2017, celui-ci n'a produit ce document qu'au stade du présent recours, à l'appui de ses déterminations du 9 septembre 2019, de surcroît sans fournir d'explication quant aux raisons de ce retard. Pour autant, cela n'exonère pas l'assurance de son obligation de constater les faits de manière complète, son devoir d'instruction s'étendant jusqu'à ce que les faits nécessaires à

l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

21. Force est ainsi de constater que, faute d'avoir disposé d'un rapport d'IRM du genou gauche du 20 février 2018 avant de rendre sa décision sur opposition du 13 décembre 2018, la SUVA a statué sur la base d'un dossier incomplet.

De même, le dossier ne contient aucune appréciation médicale des rapports d'IRM de la colonne lombaire et du genou droit du 3 septembre 2018, respectivement sur l'existence d'un lien de causalité entre ces affections et l'accident du 28 août 2014. Or, conformément à la jurisprudence, il eût incombé à l'intimée de soumettre ces documents pour avis à son médecin d'arrondissement (cf. ci-dessous, consid. 13a).

A noter que l'on ne saurait accorder une valeur probante déterminante au rapport de la CRR du 9 septembre 2016, concluant à « une stabilisation médicale » dans les six semaines, soit à fin octobre 2016. En particulier, on ne saisit pas pour quels motifs les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant ne s'expliqueraient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et pour quels motifs des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis le mois d'août 2014) joueraient à cet égard un rôle plus important, influençant défavorablement le retour au travail (cf. dans ce sens arrêt ATAS/478/2016 du 21 juin 2016 consid. 64).

22. Cela étant, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige, singulièrement 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 du recourant était stabilisé, respectivement 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'ont fait l'objet d'aucune instruction approfondie.

Autrement dit, en l'état du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, si, au 13 décembre 2018, respectivement au 1^{er} avril 2018, il y avait lieu, ou non, d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail.

Partant, et afin de ne pas priver le recourant du bénéfice d'une double instance, il conviendra de renvoyer la cause à la SUVA pour qu'elle mette en oeuvre une expertise orthopédique. Il appartiendra 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.

S'il est avéré que plus aucune mesure thérapeutique n'était susceptible d'améliorer significativement l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré, il appartiendra alors à la SUVA de statuer sur le droit à la rente.

Afin de déterminer le degré d'invalidité avec toute la précision voulue, il incombera à l'intimée, le cas échéant, d'interpeller l'OAI sur le revenu sans invalidité de l'assuré. En effet, dans la décision litigieuse, la SUVA a retenu un montant CHF 70'104.-, alors que l'OAI a pris en compte un montant de CHF 71'842.- (cf. projet de décision du 16 juillet 2018).

23. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 13 décembre 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimée.
24. Le recourant, représenté par une avocate, et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de procédure, réduite, à titre de participation à ses frais et dépens, fixée à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03] ; ATF 126 V 11 consid. 2).
25. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 13 décembre 2018.
3. Renvoie le dossier à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant CHF 1'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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