

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3940/2017

ATAS/1117/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 4 décembre 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux AVANCHETS

recourant

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise Place de Milan, LAUSANNE

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1963, a été employé par la société B_____ SA, sise à Perly (ci-après l'employeur) jusqu'au 31 juillet 2016. Par l'intermédiaire de son employeur, il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles selon la loi fédérale sur l'assurance-accident auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise).
2. Par déclaration d'accident du 1^{er} mai 2015, l'employeur de l'assuré a informé la Vaudoise que le 30 avril 2015, l'assuré avait fait une chute dans les escaliers, laquelle lui avait causé des douleurs à l'épaule gauche.
3. Selon un rapport établi le 4 mai 2015 par le Professeur C_____, radiologue FMH, les radiographies de l'épaule gauche de l'assuré, effectuées le 1^{er} mai 2015 à la suite de sa chute sur l'épaule, n'avaient mis en évidence aucune lésion traumatique mais une lésion lytique, déjà précédemment décrite, stable depuis juillet 2014.
4. Dans un rapport établi le 11 mai 2015 à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche de l'assuré effectuée le même jour, le docteur D_____, radiologue FMH, a indiqué que l'IRM avait révélé une rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs du supra-épineux, de l'infra-épineux et du sous-scapulaire, avec signe de capsulite. Il y avait une image d'allure kystique à la jonction de la tête humérale et du col dans la partie interne et un phénomène de surcharge de l'articulation claviculaire sans conflit sous-acromial.
5. La docteure E_____, FMH en médecine générale, a indiqué, dans une déclaration d'accident LAA adressée à la Vaudoise le 18 mai 2015, avoir constaté, à la suite de l'accident du 30 avril 2015, une douleur à la palpation dans la partie antérieure gauche de l'épaule de l'assuré ainsi que des douleurs lors d'antépulsion, adduction et rotation externe. Elle posait le diagnostic de contusion de l'épaule gauche.
6. Dans un courrier adressé à la Vaudoise le 21 mai 2015, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué avoir vu le patient pour la première fois le 21 mai 2015, trois semaines après sa chute dans les escaliers, avec une importante rupture de trois tendons de la coiffe des rotateurs (sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire). L'examen radiologique avait révélé un kyste de la tête humérale et que la rupture était récente en raison de l'absence d'amyotrophie constatée sur les clichés. Le patient était actuellement très handicapé par les douleurs et la limitation fonctionnelle. Un traitement de physiothérapie avait été entamé, mais le Dr F_____ souhaitait pouvoir opérer le patient dans les meilleurs délais avant que n'apparaisse une amyotrophie aggravant le pronostic de la lésion. Il demandait à la Vaudoise si elle acceptait de prendre en charge ces frais chirurgicaux.
7. Selon un rapport établi le 10 juin 2015 par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Vaudoise, il y avait des facteurs

étrangers à l'accident et l'incapacité de travail était en rapport de causalité avec l'événement accidentel jusqu'à novembre ou décembre 2015 (4-6 mois).

8. Le 10 juin 2015, la Vaudoise a répondu au Dr F_____ que son médecin-conseil considérait que l'intervention chirurgicale prévue découlait bien des suites de l'accident du 30 avril 2015 et qu'elle prendrait en charge les frais de traitement dans le cadre de la garantie LAA.
9. Le 17 juin 2015, le docteur H_____, médecin adjoint du service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a indiqué qu'il s'agissait d'un patient de 52 ans, droitier, travaillant comme aide-boucher, qui avait rapporté une chute dans un escalier sur son lieu de travail, le 30 avril 2015, avec un traumatisme de son épaule accompagné d'un traumatisme crânien et d'une amnésie circonstancielle. L'évolution se faisait vers une épaule pseudo-paralytique douloureuse. Les douleurs étaient actuellement évaluées entre 6 et 7/10 avec une fonction de l'épaule que le patient peinait à estimer en pourcentage. Celui-ci était en arrêt de travail depuis l'accident. Le Dr H_____ avait discuté avec lui de l'indication d'une arthroscopie d'épaule avec réinsertion de coiffe et ténotomie du long chef du biceps et du fait que la reprise du travail, au vu de la lésion et du type de travail, ne pouvait pas être garantie. Le patient voulait aller de l'avant avec l'intervention qui serait planifiée dans les meilleurs délais.
10. À teneur d'un compte rendu opératoire établi le 28 juillet 2015 par le Dr H_____, ce dernier indiquait avoir procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche de l'assuré le 10 juillet 2015.
11. À teneur d'une lettre de sortie établie par trois médecins du département de chirurgie des HUG le 15 juillet 2015, les suites opératoires de l'intervention du 10 juillet 2015 étaient simples. Le patient bénéficierait de physiothérapie pendant six semaines et devrait porter une attelle pendant cette période. Il était en arrêt de travail à 100% du 10 juillet au 20 août 2015.
12. Sur questions de la Vaudoise, le docteur I_____, médecin interne du service de chirurgie des HUG, a indiqué le 11 janvier 2016 qu'il y avait peu d'évolution dans l'état de santé de l'assuré depuis l'intervention chirurgicale du 10 juillet 2015 avec une possible capsulite. Une infiltration devait être organisée. Une reprise du travail n'était pas prévue pour l'instant. L'assuré était en arrêt de travail à 100% jusqu'au 31 janvier 2016. Les limitations fonctionnelles étaient des douleurs invalidantes et une diminution de la mobilité.
13. Dans un rapport du 2 février 2016 du médecin-conseil de la Vaudoise, celui-ci a indiqué, notamment, qu'il ne fallait pas craindre une diminution durable de la capacité de gain et que la poursuite du traitement de physiothérapie était justifiée.
14. Le docteur J_____, chef de clinique de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport des HUG, a indiqué, sur questions du Dr G_____ adressées à lui le 3 février 2016, que la reprise du travail par l'assuré n'était pas envisageable, en raison d'une capsulite rétractile.

15. Dans un rapport du 16 février 2016, le Dr D_____ a indiqué que l'IRM cervicale du même jour avait mis en évidence une dégénérescence discale étagée avec discarthrose C6-C7, une protrusion discale C3-C4 avec uncarthrose rétrécissant le canal radiculaire droit, une protrusion discale C5-C6 couverte par une ostéophytose appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural et en contact avec les racines C6 associée à une uncarthrose avec rétrécissement relatif du canal radiculaire gauche, une protrusion discale C6-C7 couverte par une ostéophytose, de localisation médiane et paramédiane à prédominance gauche en contact avec la racine C7 gauche associée à une uncarthrose avec rétrécissement relatif des canaux radiculaires, une protrusion discale C7-D1 sans contrainte radiculaire et un cordon médullaire de topographie normale et de signal homogène.
16. Dans un rapport du 2 mars 2016, le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que le problème de l'assuré était complexe et probablement combiné entre une atteinte de la rupture de la coiffe avec des douleurs persistantes au niveau de l'épaule gauche, mais qui ne pouvaient expliquer toute la symptomatologie au niveau de la motricité. L'examen était difficile avec des douleurs diffuses et sans atteinte spécifique. Cependant, l'IRM montrait également des conflits radiculaires dans le contexte d'une discarthrose multi-étagée, éventuellement aggravée par l'accident. Il proposait de poursuivre la physiothérapie en attendant les résultats de l'infiltration effectuée chez le Dr J_____, laquelle pourrait soulager l'assuré. Dans ce cas, une mobilisation douce mais progressive devrait être continuée. En parallèle, il prévoyait un rendez-vous chez un collègue pour un examen de type ENMG (électroneuromyogramme) afin d'évaluer l'atteinte radiculaire dans le contexte d'une discarthrose cervicale. Selon les résultats, un avis neurochirurgical pourrait être discuté.
17. Dans un rapport du 4 mars 2016, le docteur L_____, neurologue FMH, a conclu que l'examen de l'assuré ne montrait pas de signe de dénervation aiguë dans les myotomes C4-D1 à gauche, ce qui parlait contre une lésion radiculaire à ces niveaux. Il n'existait pas non plus d'argument pour une atteinte nerveuse périphérique tronculaire proximale du membre supérieur à gauche. Il existait, par ailleurs, des signes d'atteinte myélinique sensitivomotrice du nerf médian au niveau de leur passage au canal carpien plus marqué à gauche, raison pour laquelle il fallait réaliser un examen électroneuromyographique de contrôle d'ici six mois à une année. Concernant la douleur cervicale, l'origine était complexe, à la fois liée à une composante radiculaire irritatif et nociceptif de l'épaule à gauche ; il proposait d'essayer un stabilisateur de la membrane nerveuse.
18. Le Dr J_____ a informé le médecin-conseil de la Vaudoise le 22 mars 2016 que la reprise du travail était toujours impossible.
19. Le 11 avril 2016, l'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré, avec effet au 31 juillet 2016.

20. Dans une note rédigée par le gestionnaire du dossier de la Vaudoise à la suite d'une rencontre avec l'assuré du 25 avril 2016 à son domicile, il est mentionné que celui-ci et son épouse étaient kosovars et qu'ils étaient arrivés en Suisse en 1990 durant la guerre en ex-Yougoslavie. Ils avaient deux enfants, âgés de 19 et 13 ans. Le recourant avait travaillé pour son employeur pendant presque 20 ans. Lors de l'accident, il avait glissé dans les escaliers avec ses bottes. Certains endroits étaient très glissants à cause de la graisse qui restait sous les bottes. Il était déjà tombé par le passé et s'était cassé une rotule à gauche avec une lésion du LCA (ligament croisé antérieur) en 2011. Il venait d'être licencié par son employeur pour le 31 juillet 2016 sans même un remerciement. Pendant l'entretien d'une heure et quart, l'assuré n'avait pas utilisé ni même bougé son bras gauche. Il y avait une impotence fonctionnelle manifeste de l'épaule gauche chez un droitier. Les comorbidités étaient une discarthrose C6-C7 et une uncarthrose à différents niveaux de la colonne vertébrale avec protrusion discale, selon l'IRM cervicale du 16 février 2016. L'assuré avait déjà eu un rendez-vous avec l'assurance invalidité au courant du mois d'avril. D'après ses explications, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) voulait lui faire suivre des cours de langue et d'écriture en français. L'assuré avait indiqué qu'il n'avait jamais émargé au chômage et qu'il avait travaillé depuis l'âge de 15 ans. Il souhaitait reprendre le travail, car le fait de rester à la maison lui pesait. Actuellement, les douleurs étaient à l'avant-scène de la problématique.
21. Le 27 juillet 2016, le docteur M_____, médecin interne FMH, a indiqué à la Vaudoise que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était absolument défavorable avec une épaule gauche gelée et la perte intégrale de la fonction de cette épaule. Le patient était à considérer comme invalide.
22. Selon un questionnaire pour rechute rempli par l'assuré le 20 septembre 2016, ses douleurs étaient revenues progressivement en augmentant depuis des années et étaient devenues insupportables. Il n'arrivait plus à monter et descendre les escaliers.
23. Le 27 octobre 2016, la Vaudoise a confié une expertise de l'assuré au docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main.

Dans son rapport du 22 décembre 2016, l'expert a indiqué avoir examiné l'assuré les 18 et 28 novembre 2016. Son rapport contient une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et actuelle et les plaintes actuelles de l'expertisé. L'expert a procédé à un status et à l'interprétation des différents examens radiologiques du dossier. Il a posé les diagnostics de :

- cervicarthrose étagée ;
- tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ;
- gonarthrose gauche ;
- faiblesse diffuse du membre supérieur gauche (sans substrat anatomique objectivable) ;

- status après acromioplastie ;
- status après contusion crânienne gauche, de l'épaule gauche et de la fesse gauche le 30 avril 2015 ;
- status après chute sur la main gauche le 1^{er} juillet 2014 avec syndrome douloureux transitoire de l'épaule gauche ;
- status après fracture longitudinale in situ de la rotule gauche le 29 août 2014, guérie sans séquelle dans un contexte de gonarthrose tricompartmentale préexistante ;
- status après contusion simple de l'épaule (gauche ?) le 11 janvier 2010 avec douleurs transitoires et arrêt de travail d'une semaine ;
- obésité.

À la question de savoir si des plaintes émises par l'expertisé et les troubles constatés étaient dus de façon certaine, probable, seulement possible ou exclue aux accidents du 30 avril 2015, 11 janvier 2010, 29 août 2011 et 1^{er} juillet 2014, l'expert a répondu que pour l'épaule gauche, le lien de causalité naturelle entre les plaintes, les troubles objectivables et les divers éléments accidentels était peu probable pour les raisons suivantes :

- L'âge du patient auquel les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs étaient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares ;
- Aucun des événements accidentels ne faisait mention d'un mouvement extrême de l'épaule gauche ni d'une violence abduction ou rotation interne contrariée. Ces événements accidentels étaient donc inappropriés pour solliciter une coiffe des rotateurs au-delà du point de rupture de ses fibres. Il fallait rappeler que les douleurs de l'épaule gauche étaient apparues suite à plusieurs événements bénins. Le premier en 2010 était un choc direct (pour autant qu'il s'agisse bien du côté gauche). Le deuxième, en 2014, était un choc axial à travers tout le membre supérieur gauche suite à une chute sur la main gauche avec le coude tendu et le troisième, survenu en 2015, était probablement une simple contusion latérale de l'épaule gauche vu qu'un hématome postéro-latéral de cette épaule s'était développé le lendemain. Le seul événement dont l'assuré gardait un souvenir de l'action vulnérante était celui de 2014, car il ne se rappelait plus de celui de 2010 et déclarait avoir perdu connaissance quelques instants lors de celui de 2015. Lors de ce dernier événement, l'assuré avait également présenté une contusion de la face gauche de la tête et de la fesse gauche avec un hématome, de sorte que l'action vulnérante la plus probable restait celle d'une contusion globale de tout son hémicorps gauche contre le mur de l'escalier tournant vers la droite ;
- Les radiographies de l'épaule gauche de 2014 et de 2015 ne montraient aucune lésion traumatique, mais uniquement un remaniement scléreux du trochiter non évolutif ;

-
- L'IRM de l'épaule gauche du 11 mai 2015 ne montrait aucune lésion clairement traumatique, mais toute une série de lésions manifestement dégénératives, notamment une tendinopathie sévère de tous les tendons de la coiffe des rotateurs avec perte de substance au niveau du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire associées à une dégénérescence graisseuse débutante des corps musculaires. Ces tendinopathies perforantes multiples atteignaient plusieurs tendons dont certains étaient antagonistes et par conséquent pas susceptibles d'être lésés simultanément dans une action vulnérante simple. L'aspect à l'IRM était celui d'une « tête chauve », caractéristique d'une évolution chronique de troubles dégénératifs sur de nombreuses années ;
 - Après l'accident de 2015, le patient avait pu poursuivre son travail malgré les douleurs qui avaient été dans un premier temps supportables. Ce n'était que secondairement qu'elles s'étaient aggravées avec l'apparition d'une limitation fonctionnelle douloureuse qui avait ensuite persisté malgré tous les traitements conservateurs et chirurgicaux entrepris ;
 - L'intensité et l'extension du syndrome douloureux à tout le membre supérieur gauche étaient difficilement corrélables avec les constatations orthopédiques et neurologiques objectives, comme l'avait déjà fait remarquer le neurologue consulté au début de l'année 2016 ;
 - La cervicarthrose étagée, clairement ancienne et indépendante de tout événement accidentel, ne suffisait pas non plus pour expliquer l'étendue des plaintes. On était donc en droit de suspecter l'intervention de phénomènes de majoration.

Pour toutes les raisons énumérées ci-dessus, le *statu quo sine* de l'épaule gauche avait dû être retrouvé au plus tard un mois après chaque événement, période pendant laquelle l'immense majorité des contusions simples guérissaient sans séquelle.

Pour le genou gauche, la fracture marginale de la rotule était survenue dans un contexte d'état dégénératif manifestement ancien. Ce genou présentait certainement déjà une gonarthrose préexistante, peut-être même sur ancienne fracture du tableau tibial externe, ce qui pouvait expliquer la synostose de la tibio-péronière proximale.

Le *statu quo sine* avait été retrouvé au niveau du genou gauche à la fin de l'année 2011 au plus tard. La recrudescence récente des gonalgies gauches n'était certainement plus en lien de causalité avec l'accident de 2011, mais en rapport avec l'état de maladie préexistant (gonarthrose dégénérative).

24. Par décision du 23 janvier 2017, la Vaudoise a informé l'assuré qu'il ressortait des conclusions de l'expertise que le lien de causalité entre les troubles dont il souffrait et les différents accidents survenus entre 2010 et 2015 ne pouvait être admis au-delà d'un mois après chaque accident. En effet, il présentait des atteintes d'origine malade au niveau du genou gauche et de l'épaule gauche qui étaient préexistantes aux accidents annoncés, lesquels avaient seulement décompensé momentanément la

situation. Au-delà des périodes admises par le Dr N_____, seul l'état maladif préexistant était susceptible de jouer un rôle dans les plaintes émises. Les cervicalgies étaient, quant à elles, indépendantes de tout événement accidentel et d'origine exclusivement malade.

Par conséquent, les obligations de la Vaudoise en ce qui concernait ses différents accidents se limitaient à la prise en charge des frais encourus durant un mois au maximum après chaque accident, sauf en ce qui concernait l'accident du 29 août 2011 pour lequel le Dr N_____ avait retenu un *statu quo sine* à fin 2011. Pour le cas du 30 avril 2015, son obligation de lui verser des prestations avait pris fin au plus tard au 31 mai 2015. La suite du cas relevait de l'assurance-maladie. La Vaudoise renonçait à demander le remboursement des factures déjà payées. En revanche, les notes encore en suspens seraient retournées aux prestataires pour établissement d'une facturation au tarif maladie. L'incapacité de travail de l'assuré à compter du 1^{er} juin 2015 serait prise en charge conformément aux garanties assurées par le contrat collectif perte de salaire en cas de maladie conclu avec son ancien employeur auprès d'Assura.

25. Le 19 février 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de la Vaudoise, faisant valoir qu'une chute avec des tendons coupés était un accident avec ou sans dégénérescence et non une maladie.
26. Par décision sur opposition du 16 juin 2017, la Vaudoise a confirmé sa décision du 23 janvier 2017 et rejeté l'opposition. Le problème à trancher en l'espèce était essentiellement médical et il fallait se référer à l'expertise du Dr N_____. Ce dernier retenait que les divers événements accidentels étaient inappropriés pour solliciter une coiffe des rotateurs au-delà du point de rupture de ses fibres. En outre, tant les radiographies de 2014 et de 2015 que l'IRM de l'épaule gauche du 11 mai 2015 ne montraient aucune lésion clairement traumatique, mais toute une série de lésions manifestement dégénératives, notamment une tendinopathie sévère de tous les tendons de la coiffe des rotateurs. En présence d'un état pathologique préexistant, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations prenait fin si l'accident ne constituait plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte. Tel était le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu tôt ou tard sans l'accident par suite d'un développement ordinaire. Compte tenu des éléments énumérés dans le rapport d'expertise, le Dr N_____ avait fixé le *statu quo sine* de l'épaule gauche au plus tard un mois après l'événement, soit pour le dernier accident du 30 avril au 31 mai 2015.
27. Le 4 juillet 2017, l'assuré a demandé à la Vaudoise de regarder les radios, les scanners et les IRM et de lui dire pourquoi le Dr H_____ l'avait opéré s'il n'avait eu que des douleurs dues à la maladie. Des tendons sectionnés n'étaient pas une maladie. Il avait le sentiment qu'on essayait de lui faire accepter qu'il s'agissait d'une maladie et non d'un accident et il ne comprenait pas pourquoi. Certes, il n'était plus très jeune et avait beaucoup travaillé. Il avait souvent glissé sur le sol du

laboratoire où il travaillait et avait chuté plusieurs fois, mais il avait toujours continué son travail. Il avait ainsi subi des accidents et non des maladies. Si son corps était fatigué, cela était parfaitement normal. Il avait travaillé dans des conditions difficiles et avait été rarement malade, car il était robuste. Il n'était pas coupable du fait que son lieu de travail était mal assuré par la Vaudoise alors que celui-ci présentait de nombreux risques. Il estimait mériter un peu de considération. Il lui semblait que le Dr N_____ avait été mandaté pour minimiser le cas dans le but de faire économiser de l'argent à la Vaudoise. Il avait beaucoup de peine à faire comprendre à son épouse et ses enfants qu'il ne pouvait plus leur donner autant qu'avant, car il recevait le minimum de l'Hospice général en attendant une décision de l'assurance-invalidité. Il se retrouvait handicapé alors qu'il avait espéré travailler jusqu'à la retraite.

28. Le 25 septembre 2017, l'assuré a confirmé à la Vaudoise qu'il entendait recourir contre sa décision sur opposition. Il concluait à l'établissement d'une expertise judiciaire et au versement des prestations d'accident par la Vaudoise sans interruption depuis son accident.
29. Par réponse du 24 octobre 2017, la Vaudoise a conclu au rejet du recours relevant que les faits n'étaient apparemment pas contestés par le recourant et se référant à sa décision sur opposition.
30. Lors d'une audience du 16 mai 2018, le recourant a déclaré à la chambre de céans qu'il avait encore mal au genou mais surtout à l'épaule. Il avait été opéré en juillet 2015. Il avait fait de la physiothérapie mais avait cessé six mois auparavant, car cela ne l'aidait pas. Il prenait du Tramal, de façon irrégulière, quand il n'arrivait pas à dormir en raison de ses douleurs, ou du Dafalgan plusieurs fois par jour, régulièrement. Il ne suivait actuellement aucun traitement pour son genou, qui était souvent douloureux. Il avait aussi des douleurs d'estomac, en raison des médicaments qu'il prenait, surtout le Tramal. Le 30 avril 2015, il avait chuté dans les escaliers. Il ne se souvenait plus des faits, car il avait tapé la tête contre un mur et perdu connaissance. Il avait repris des esprits dans les escaliers. Il avait alors mal partout du côté gauche, surtout à l'épaule et aux côtes gauches, mais moins à la fesse. Le jour de la chute, il avait travaillé toute la journée. Le lendemain, il avait mal à l'épaule et s'était rendu à la clinique d'Onex qui lui avait fait un arrêt de travail d'une semaine. Son médecin l'avait envoyé faire une IRM, laquelle avait mis en évidence qu'il avait eu trois tendons coupés. Le 10 juillet 2015, il avait été opéré par le Dr H_____. Malgré cette opération, il avait continué à avoir mal à l'épaule. Il ne se rappelait pas être tombé en 2010 et avoir subi une contusion à l'épaule. Avant sa chute dans les escaliers en 2015, il n'avait pas mal à l'épaule. Il se souvenait avoir eu une fracture au genou en 2011 dans le cadre de son travail. Les médecins d'Onex lui avaient suggéré une opération pour changer la rotule, mais il avait refusé. Après trois ou quatre mois d'arrêt de travail, pendant lesquels il avait fait de la physiothérapie, il avait recommencé le travail même s'il avait des douleurs. Il avait refait de la physiothérapie en 2015 pour ses douleurs au genou,

mais cela ne l'avait pas aidé et il avait arrêté. Son genou se portait mieux quand il travaillait, même si, de temps en temps, il devait marcher un peu pour le chauffer. Il ne se souvenait pas avoir chuté en juillet 2014 sur la main gauche et avoir eu mal à l'épaule à cette occasion, ni avoir subi une fracture de la rotule gauche le 29 août 2014. Dans un formulaire de rechute du 20 septembre 2016, il avait indiqué qu'il n'arrivait plus à monter et descendre les escaliers en raison de ses douleurs, en raison de son genou. Depuis sa chute, il souffrait toujours de douleurs à l'épaule. Il avait eu l'impression que le Dr N_____ était favorable à l'assurance. Celui-ci ne l'avait pas examiné et avait juste parlé avec lui. Il l'avait reçu environ une heure la première fois et une heure et demie la seconde. Il avait regardé les IRM et les radios et lui avait posé des questions. La seule chose qu'il lui avait dite c'était qu'il avait un problème de dégénérescence et qu'il pouvait travailler dans une activité adaptée, mais plus dans son activité habituelle. L'OAI l'avait envoyé chez un médecin à Lausanne qui l'avait examiné pendant deux heures, de sorte qu'il faisait davantage confiance à ce dernier. C'était un mois auparavant. Il n'avait pas encore reçu de décision de l'OAI.

31. Le 16 mai 2018, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure liée à l'assurance-invalidité.
32. Dans un rapport médical établi le 29 mai 2017, le docteur O_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a indiqué que la situation actuelle de l'assuré était due aux troubles dégénératifs étrangers aux événements accidentels et qu'elle relevait de l'assurance-maladie. Il convenait d'envoyer une demande de rapport au médecin traitant de l'assuré.
33. À teneur d'un rapport établi par le docteur P_____, médecine interne générale, du cabinet médical du Mont-Blanc, l'état de l'assuré était stationnaire. Les limitations fonctionnelles étaient : antépulsion, rétropulsion, élévation latérale du membre supérieur gauche. La capacité de travail était de 0% dans toute activité.
34. À teneur d'un avis médical établi par le Dr O_____ le 13 janvier 2018, celui-ci demandait la mise sur pied d'une expertise orthopédique portant spécialement sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail adaptée ainsi que son évolution, son taux et depuis quand elle était présente.
35. À teneur du rapport établi le 14 mai 2018, le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, avait vu l'assuré le 1^{er} mai 2018. Son rapport d'expertise se fondait sur l'anamnèse obtenue auprès de l'assuré et un examen clinique qui avait duré près de deux heures. L'expert avait pris connaissance du dossier et, notamment, du rapport d'expertise du Dr N_____ et avait examiné le dossier radiologique apporté par l'assuré.

L'expert posait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :

- gonarthrose du genou gauche prédominant dans le compartiment fémoro-patellaire avec méniscope pathie bilatérale ;

- cervicobrachialgies persistantes à gauche avec discopathies cervicales pluri-étagées et protrusions disco-ostéophytaires C3-C4, C5-C6, C6-C7 et protrusions discales C7-D1 ;
- douleurs persistantes de l'épaule gauche ;
- syndrome épaule-main du membre supérieur gauche ;
- status après arthroscopie épaule gauche : acromioplastie; tenomie du LCB. Réinsertion des tendons du sus et du sous-épineux et du sous-scapulaire (10 juillet 2015).

Les divers diagnostics faisaient que l'assuré ne pouvait plus exercer le métier d'aide-boucher ni un autre métier similaire. A priori, tous les traitements effectués jusqu'à présent avaient été faits selon les règles de l'art. L'assuré avait parfaitement collaboré aux thérapies. Il n'y avait, pour l'instant, aucune autre option thérapeutique ouverte. Pour ce qui concernait l'épaule gauche, la seule intervention chirurgicale qui pourrait être effectuée était la mise en place d'une prothèse inversée, mais l'assuré était trop jeune pour ce type d'intervention. En ce qui concernait la gonarthrose à gauche, le traitement pouvait être amélioré. L'assuré devrait perdre du poids. Un traitement à base de visco-supplémentation pourrait être utile. À terme, une arthroplastie totale du genou pourrait être indiquée. L'assuré était apte à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles trois mois après l'intervention de l'épaule gauche.

36. Le 16 novembre 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a transmis un projet de mission d'expertise en leur impartissant un délai pour éventuelle récusation de l'expert et pour se prononcer sur la mission d'expertise.
37. Le 26 novembre 2018, la Vaudoise a informé la chambre de céans n'avoir pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni de question complémentaire à poser.
38. Le recourant n'a pas répondu dans le délai imparti.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

3. Le 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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. 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 de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 31 mai 2015.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

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

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

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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 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). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la

causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. Etant 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).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351

consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les

conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

12. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux

griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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

14. En l'espèce, le Dr N_____ a retenu que le *statu quo sine* de l'épaule gauche du recourant avait dû être retrouvé au plus tard un mois après l'accident du 30 avril 2015, soit dès juin 2015. Cette conclusion contredit celles du Dr G_____ qui, en juin 2015, avait considéré que l'incapacité de travail était encore en rapport de causalité avec l'événement accidentel et ce, jusqu'à novembre ou décembre 2015. De plus, dans la mesure où le recourant a perdu connaissance lors de l'accident du 30 avril 2015, il apparaît discutable de le qualifier de bénin, comme l'a fait le Dr N_____. Dans son rapport médical du 21 mai 2015, le Dr F_____ a indiqué avoir constaté trois semaines après la chute du 30 avril 2015 une importante rupture de trois tendons de la coiffe des rotateurs, précisant que la rupture était récente en raison de l'absence d'amyotrophie constatée sur les clichés, ce qui laisse penser qu'un accident d'une certaine importance est à l'origine de l'atteinte. Enfin, il y a lieu de relever que le recourant a eu l'impression que le Dr N_____ n'était pas impartial. Il en résulte que l'expertise de ce dernier n'est pas suffisamment probante et il se justifie d'ordonner une nouvelle expertise orthopédique qui sera confiée au docteur Q_____, dès lors qu'il a déjà examiné le cas du recourant dans le cadre de la procédure relative aux prestations de l'assurance-invalidité.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise orthopédique de l'assuré.
- II. Commet à cette fin le docteur Q_____.
- III. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) compléter son rapport d'expertise du 14 mai 2018 pour les besoins spécifiques de la présente cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
 - c) si nécessaire examiner et entendre à nouveau l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- IV. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes s'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche de l'assuré :
 - 1. Diagnostics précis en lien avec cette épaule ;
 - 2. Depuis quand l'atteinte à l'épaule gauche de l'assuré est-elle présente et comment a-t-elle évolué ?
 - 3. Cette atteinte est-elle imputable à l'accident du 30 avril 2015 ?
 - 4. L'accident du 30 avril 2015 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition *sine qua non*) de cette atteinte ?
 - 5. Les précédents accidents subis par le recourant jouent-ils encore un rôle dans cette atteinte, en particulier ceux du 11 janvier 2010 et du 1^{er} juillet 2014 ?
 - 6. Les troubles objectivables à l'épaule gauche de l'assuré sont-ils au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%) en lien de causalité avec l'accident du 30 avril 2015 ? Si oui, dans quelle mesure et depuis quand ?
 - 7. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 30 avril 2015 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

8. L'assuré présente-t-il des atteintes dégénératives préexistantes à l'accident 30 avril 2015 ?
9. Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse.
10. L'accident du 30 avril 2015 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement et si oui, quand serait-il survenu ?
11. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé de l'assuré (*statu quo sine* ou *statu quo ante* atteint) ?
12. Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de l'assuré (état final atteint) ?
13. En cas de lien de causalité, l'assuré présente-t-il une atteinte à l'intégrité. Si oui, quel est son degré ?

V. S'agissant des gonalgies dont souffre encore l'assuré :

1. Diagnostics précis en lien avec le genou gauche ;
2. Depuis quand l'atteinte au genou gauche de l'assuré est-elle présente et comment a-t-elle évolué ?
3. Cette atteinte est-elle imputable à l'accident du 29 août 2014 ?
4. L'accident du 29 août 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition *sine qua non*) de cette atteinte ?
5. Les précédents accidents subis par l'assuré jouent-ils un rôle dans cette atteinte ?
6. Les troubles objectivables actuels sont-ils au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%) en lien de causalité avec l'accident du 29 août 2014 ? Si oui, dans quelle mesure et depuis quand ?
7. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 29 août 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de cette atteinte ?
8. L'assuré présente-t-il des atteintes dégénératives préexistantes au 29 août 2014 ?
9. Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse.

10. L'accident du 29 août 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon intervenu sans cet événement et si oui, quand serait-il survenu ?
11. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influant sur l'état de santé de l'assuré (*statu quo sine* ou *statu quo ante* atteint) ?
12. Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de l'assuré (état final atteint) ?
13. En cas de lien de causalité, l'assuré présente-t-il une atteinte à l'intégrité. Si oui, quel est son degré ?

- VI. Faire toutes remarques utiles.
- VII. Invite l'expert à déposer dans les trois mois dès la réception de la mission d'expertise un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.
- VIII. Réserve le fond.
- IX. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le