

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/65/2017

ATAS/699/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 août 2017**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MARGENCEL, France,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc  
MARSANO

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---



### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1964, a travaillé en qualité d'électricien. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Le 21 février 2002, l'assuré a eu un accident. Alors qu'il roulait à moto, une voiture a débouché et l'a fait tomber. Il a été touché au genou gauche.
3. Dans son rapport du 11 mars 2002, le docteur B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de contusion dorsale et à la cheville et au genou gauches. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.
4. Le 15 avril 2002, le Dr B\_\_\_\_\_ a signalé une légère amélioration malgré la persistance de douleurs à la cheville et au genou gauches. L'incapacité de travail persistait.
5. Une IRM du genou gauche du 16 avril 2002 a révélé une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et un minime foyer de contusion osseuse du condyle fémoral interne.
6. Le 14 mai 2002, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une arthroscopie du genou gauche.
7. Dans son rapport du 20 août 2002, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs et d'un épanchement intra-articulaire. La reprise du travail devrait être évaluée quelque six mois plus tard.
8. L'IRM du genou gauche de l'assuré pratiquée le 9 octobre 2002 a mis en évidence un status après résection partielle du ménisque interne sans argument en faveur d'une récurrence de déchirure du reliquat méniscal et une chondropathie rotulienne de grade II à III associée à un épanchement intra-articulaire.
9. Dans son appréciation du 13 novembre 2002, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que la capacité de travail était nulle en tant qu'électricien. Il a notamment évoqué la possibilité d'une neuroalgodystrophie.
10. Une scintigraphie osseuse du 26 novembre 2002 a révélé une hypercaptation modérée du plateau tibial et de la région fémoro-tibiale interne du genou gauche compatible avec une algodystrophie.
11. Un examen radiologique réalisé le 9 janvier 2003 a mis en évidence un pincement fémoro-tibial interne modéré sans épanchement intra-articulaire significatif. Les rotules étaient de type Wiberg II à III, bien centrées par rapport aux gouttières intercondyliennes, avec un discret syndrome d'hyperpression latérale des deux côtés. Il n'y avait pas de chondrocalcinose.
12. Le 24 janvier 2003, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué un complément de ménisectomie interne gauche.

13. Dans son rapport du 10 mars 2003, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'un status après ménissectomie partielle interne gauche, chondroplastie et résection de plica gauche, et un status après complément de ménissectomie interne gauche. L'évolution était peu favorable, avec des douleurs résiduelles. L'activité ne pouvait être reprise.
14. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 20 mai au 17 juin 2003. Dans leur rapport du 11 août 2003, les docteurs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles et les diagnostics secondaires de ménissectomie du genou gauche, de contusion du genou gauche et de syndrome fémoro-patellaire du genou gauche. Une réaction de type algodystrophique actuellement au décours, voire complètement guérie, n'était pas exclue. Les médecins de la CRR ont établi l'anamnèse de l'assuré et décrit son status clinique. Il se plaignait de difficultés à s'asseoir, se lever d'une chaise, ramasser un objet, monter et descendre les escaliers, courir, monter sur une échelle, porter des charges et tenir des postures statiques prolongées. L'examen clinique était rassurant. Les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ se disaient frappés par des auto-limitations et des différences marquées des amplitudes articulaires selon que l'attention de l'assuré était fixée ou non sur son genou. Les radiographies de contrôle montraient l'absence de trouble dégénératif significatif et de minéralisation. Une algodystrophie active était donc écartée. La physiothérapie n'avait pas eu d'effet sur les douleurs. Aux ateliers professionnels, l'assuré se plaignait régulièrement, mais plutôt d'une fatigue généralisée. Au vu du descriptif de son travail, les situations d'accroupissement prolongé, le travail à genoux et le port de lourdes charges semblaient difficiles. Ces limitations pouvaient s'expliquer en partie au moins par la résection méniscale et la chondropathie, mais des facteurs étrangers pouvaient également être en jeu. L'assuré pouvait reprendre le travail avec un rendement initial de 65 % et la capacité de travail serait réévaluée quatre à six semaines plus tard.
15. Le 27 août 2003, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution moyennement favorable. La reprise du travail avait eu lieu à 65 % à la mi-juin 2003.
16. Dans son rapport du 19 septembre 2003, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué un status post-ménissectomie interne du genou gauche et un syndrome fémoropatellaire résiduel. Une douleur mécanique du genou gauche persistait, ainsi que des douleurs à la palpation. Il a attesté d'une incapacité de travail totale.
17. À l'issue de son examen du 23 octobre 2003, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu que le genou de l'assuré restait douloureux. La tentative de reprise du travail s'était soldée par un échec. À la lecture des évaluations de la CRR, la capacité de travail en tant qu'électricien n'était pas réaliste. Le Dr D\_\_\_\_\_ constatait les signes d'une gonarthrose gauche débutante. La situation était stabilisée. Les activités impossibles étaient les positions à genoux et accroupi et le port de lourdes charges. Une capacité de travail complète était attendue dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles. Il existait un dommage permanent, estimé à 5 %.

18. Dans un document interne du 3 août 2005, la SUVA a défini cinq postes adaptés à l'assuré parmi les descriptifs de postes de travail (DPT), soit employé de production (monteur), monteur de modules, ouvrier du secteur étiquetage, surveillant de parking et mireur. Le revenu moyen tiré de ces activités était de CHF 4'000.-. La comparaison avec le salaire sans accident de CHF 5'700.- aboutissait à une perte économique de 29.82 %, ouvrant le droit à une rente d'invalidité de 30 %.
19. Par décision du 9 août 2005, la SUVA a octroyé une rente d'invalidité de 30 % à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> avril 2004 et lui a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.
20. La SUVA a procédé à la révision du droit à la rente en 2008. Elle a communiqué à l'assuré que son droit ne s'était pas modifié par courrier du 21 novembre 2008.
21. À l'issue d'une deuxième procédure de révision, la SUVA a confirmé le droit à la rente de l'assuré par courrier du 7 mai 2015.
22. Dans la cause opposant l'assuré à l'assureur en responsabilité civile du conducteur impliqué dans l'accident du 21 février 2002, le Tribunal de première instance du canton de Genève a ordonné une expertise, qu'il a confiée au professeur I\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Le Pr I\_\_\_\_\_ s'est adjoint le concours du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à qui il a délégué la conduite de l'expertise et confié l'examen de l'assuré.

L'IRM du genou gauche réalisée dans ce cadre en date du 8 octobre 2014 a révélé un status post-ancienne méniscectomie interne partielle, l'apparition d'une chondropathie de grade IV sur l'interligne fémoro-tibial interne au niveau du condyle interne et la stabilité des lésions cartilagineuses de la facette interne et de la crête de la rotule. Une radiographie du genou gauche du 9 octobre 2014 n'a pas mis en évidence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible, ni d'épanchement articulaire.

L'expert a également sollicité l'avis du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, lequel a conclu dans son rapport du 26 janvier 2015 que l'assuré ne présentait pas de trouble psychiatrique.

Une évaluation des capacités fonctionnelles a été mise en œuvre. Elle a été réalisée par un ergothérapeute et le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en février 2015. Elle a consisté en un certain nombre d'épreuves physiques, à l'issue desquelles ces spécialistes ont conclu à une amplification modérée des symptômes. La volonté de l'assuré de donner le maximum avait été réelle et le niveau de cohérence de ses aptitudes était élevé. Ses capacités physiques actuelles lui permettaient d'accomplir un travail correspondant au moins à un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis (port de charges jusqu'à 5 kg). La connaissance des techniques de travail ergonomique du sujet était insuffisante

en raison d'une incapacité physique à les appliquer. Le profil du dernier poste en tant qu'électricien, fourni par l'assuré, révélait que l'activité n'était pas possible en raison de son inactivité professionnelle supérieure à deux ans. Ses capacités physiques actuelles lui permettraient d'effectuer un travail en position assise avec peu de déplacements et de port de charges. La proposition thérapeutique était d'apporter un soutien thérapeutique au genou gauche pour limiter les répercussions fonctionnelles liées à son rachis et permettre un reconditionnement, dans un deuxième temps, de l'état général afin de pouvoir statuer sur une reprise ou une orientation professionnelle définitive.

Dans un complément rhumatologique réalisé à la demande du Pr I\_\_\_\_\_, le docteur M\_\_\_\_\_, médecin aux HUG, s'est entretenu avec l'assuré en date du 5 février 2015. Il a souligné que ce dernier n'avait plus eu de traitement des gonalgies depuis la prise en charge par les Drs H\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Sa conduite quotidienne consistait depuis à éviter un maximum les douleurs en déchargeant le membre inférieur lors de la marche, du piétinement, et en évitant de l'utiliser dans les escaliers. De ce fait, la marche était limitée à 15-30 minutes. Les douleurs de l'épaule gauche avaient débuté à la suite d'une chute dans les escaliers un à deux ans après l'accident. Elles étaient restées relativement peu invalidantes jusqu'à 2012, date à laquelle il y a une grosse exacerbation avec une forte diminution des amplitudes. L'évolution avait été lentement favorable, mais il persistait un handicap dès que l'assuré levait le bras au-dessus de la ligne des épaules. L'apparition des lombalgies était plus difficile à établir. Il ne semblait pas y avoir eu d'élément déclencheur net. Entre les exacerbations, il existait une gêne de fond s'accroissant parfois lors du piétinement, lors d'attitudes en porte-à-faux ou lorsqu'il voulait se redresser d'une position en flexion. Au plan professionnel, dans les premières années qui avaient suivi l'accident, l'assuré avait fait quelques essais de reprise qui avaient à chaque fois échoué en raison de l'exacerbation rapide des douleurs du genou. À l'issue de son examen clinique, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que seuls les troubles du genou gauche étaient la conséquence directe de l'accident initial. Les problèmes de rachis avaient pour facteurs potentiels le déconditionnement physique musculaire focal et général, les conduites d'évitement, la prise pondérale et la boiterie. L'atteinte de l'épaule gauche s'était déroulée en deux temps, un premier événement suite à un lâchage du genou gauche ayant entraîné une chute dans les escaliers, mais surtout une exacerbation depuis 2012 sans facteur déclenchant. Il était évident que l'assuré n'avait pas reçu un traitement *lege artis* pour ces affections ostéoarticulaires, à part peut-être pour le genou. En l'état actuel, il présentait une incapacité à 100 % dans une activité d'électricien sur chantier. Il semblait en outre que, dans une activité adaptée, il existait une capacité professionnelle à 50 %. Une telle activité pourrait être difficile à trouver en raison de la multiplicité des atteintes fonctionnelles, dont certaines avec des exigences antagonistes: limitation de la mobilité en raison de l'épaule et du genou mais nécessité de mouvements fréquents pour le rachis lombaire. Une évaluation fonctionnelle apporterait probablement des éléments complémentaires pertinents, et

un traitement bien conduit pourrait permettre d'améliorer la situation clinique au niveau de l'épaule gauche et possiblement du rachis lombaire. À ce stade, seule une prise en charge multidisciplinaire intensive de longue durée (au minimum six mois) incluant non seulement un médecin rhumatologue ou rééducateur et un spécialiste de la douleur pour envisager des interventions minimalement invasives, mais surtout des acteurs paramédicaux incluant un physiothérapeute (physiothérapie active), un ergothérapeute (conseils d'hygiène posturale), et un psychologue (avec formation en thérapie cognitivo-comportementale afin de sortir du cercle vicieux des manœuvres d'évitement), pourrait permettre un progrès fonctionnel grâce à une amélioration de la situation de l'épaule et du rachis lombaire. Afin d'augmenter les chances de succès, il serait également très important que, dans un second temps, la réadaptation se poursuive dans un contexte professionnel (reprise progressive avec suivi thérapeutique). En effet, dans une telle situation, même après un traitement multidisciplinaire bien conduit, une reprise professionnelle à 100 % d'emblée était presque toujours vouée à l'échec. Au niveau du genou gauche, une amélioration semblait infiniment plus aléatoire au vu du traitement rhumatologique et orthopédique intervenu dix ans auparavant déjà.

L'assuré a également rempli plusieurs questionnaires dans le cadre de l'expertise. Le score d'Oswestry, axé sur la problématique lombaire, était de 28 %. Le questionnaire d'état de santé SF 12, concernant également la problématique lombaire, révélait un score de capacité mentale de 62.2, supérieur à la population globale suisse évaluée en général à 46, et un score de capacité physique à 27.8 alors que la moyenne suisse était de 48 à 50. Cela relatait une importante incapacité physique fonctionnelle. Le questionnaire d'état de santé Womac concernant la problématique du genou gauche mettait en évidence une douleur à 50/100, soit une douleur moyenne. Le calcul de fonction donnait une valeur de 60.7, signifiant un manque de fonctionnalité d'environ 40 %, la valeur moyenne de la population du même âge étant aux alentours des 80. Ce questionnaire mettait aussi en évidence des douleurs importantes lors de la montée et la descente d'escaliers. Le score visuel analogique de la douleur était à 3/10 dans le dos et à 4/10 au genou gauche. L'indice algo-fonctionnel de Lequesne du genou gauche était à 16. Une valeur supérieure à 14 équivalait à une gêne extrêmement sévère de l'articulation du genou. Le score de Constant révélait une valeur pondérée à 0.31 et une valeur normalisée à -66. Le questionnaire Dash pour le membre supérieur aboutissait à un score de 73 points sur 100.

Dans leur rapport du 26 mai 2015, le Pr I\_\_\_\_\_ et le docteur J\_\_\_\_\_ ont résumé le dossier de l'assuré et relaté les résultats des examens cliniques et paracliniques réalisés. Ils ont retracé son anamnèse avant de noter que l'assuré se plaignait de quatre points douloureux possiblement en lien avec l'accident. S'agissant du genou gauche, il décrivait des douleurs mécaniques augmentant lors de l'activité. Son périmètre de marche était limité à 30 minutes, bien qu'il ait une douleur d'emblée lorsqu'il marchait. La douleur était constante, évaluée entre 2/10 et entre 8/10 à

10/10 après un effort prolongé ou lorsque le genou se bloquait. L'assuré avait des difficultés à décrire cette douleur, plutôt sourde avec des pics aigus. Elle était diminuée par le repos et, de manière modérée, les médicaments. Il décrivait également des pseudo-blocages en flexion avec des difficultés à l'extension, se produisant plus souvent lors d'activités prolongées. Il ne ressentait pas d'instabilité de son genou gauche et n'avait pas de douleurs au réveil. Occasionnellement, il était réveillé par des douleurs nocturnes de mobilisation. Il décrivait un genou tuméfié lors de marches prolongées. Les gonalgies étaient en général augmentées lors de la montée des escaliers. Elles étaient présentes mais moindres lors de la descente d'escaliers. Le rapport d'expertise relatait en outre la description par l'assuré des douleurs lombaires, de l'épaule gauche et de la cheville gauche.

À l'issue de l'examen clinique, les experts ont retenu les diagnostics de gonalgie gauche chronique avec status post-ménisectomie interne par arthroscopie avec chondropathie de grade IV du condyle fémoral interne associée à une chondropathie de grade II à III de la crête rotulienne ainsi qu'à une lésion cartilagineuse de grade III de la facette interne de la rotule ; de lombalgie chronique avec spondylolisthésis de grade I L5/S1 associée à un prolapsus herniaire L4/L5 circonférentiel et à une discopathie pluri-étagée avec un signe de Modic II L4/L5, de déconditionnement global rachidien avec un équilibre sagittal compensé sans déformation de type scoliose ; de syndrome sous-acromial chronique dans le cadre d'une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire et d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs centralisée sur le tendon du sous-scapulaire et du supra-épineux ; et d'arthralgie chronique sans instabilité clinique à la cheville gauche.

S'agissant du lien de causalité avec l'accident survenu en 2002, les experts ont noté que le syndrome douloureux du genou gauche semblait être en lien direct avec cet élément traumatique au vu de l'absence de symptômes présents avant l'avènement et la présence des symptômes après l'événement. L'arthralgie de la cheville gauche semblait être aussi apparue à la suite de l'accident, avec possiblement un lien indirect avec la pathologie du genou. Le lien de causalité naturelle de la gonalgie gauche et de l'arthralgie de cheville gauche pouvait être retenu. Concernant la lombalgie chronique, le lien direct avec l'accident était moins évident. Bien que l'assuré se soit plaint du dos après l'accident, sa douleur avait initialement disparu et les lombalgies s'étaient à nouveau déclarées à distance de l'accident et étaient désormais chronicisées. Les découvertes radiologiques lors de l'IRM ne pouvaient pas être mises en lien direct avec l'accident. En revanche, une causalité indirecte d'un déconditionnement global rachidien pouvait être suspectée. En effet, une boiterie antalgique créait un impact global sur l'équilibre de la colonne vertébrale et pouvait décompenser une spondylarthrose lombaire dégénérative. Cependant, les diagnostics retenus pour la pathologie rachidienne pouvaient se voir auprès de patients en dehors de tout traumatisme aigu et être en lien avec un status rachidien dégénératif naturel. Concernant la pathologie de l'épaule gauche, le lien direct avec l'élément traumatique de 2002 ne pouvait pas être retenu au vu de l'absence de

symptômes immédiats après l'accident. Cette pathologie était apparue lors d'une chute réalisée à distance du traumatisme initial. L'assuré considérait que cette nouvelle chute avait été causée par une douleur de son genou gauche. Il n'avait cependant pas consulté et aucun document médical n'attestait de la problématique et des causes de cet événement. Les experts ne renaient pas de causalité naturelle directe avec l'accident survenu en février 2002. Ainsi, pour résumer, concernant la problématique rachidienne et de l'épaule gauche, le lien de causalité naturelle avec l'accident de 2002 ne pouvait être retenu. Seul un lien de causalité naturelle entre la pathologie douloureuse du genou gauche ainsi que de la cheville gauche et l'accident était établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

La gonalgie, associée à une boiterie antalgique, avait un impact fonctionnel sur la qualité de vie tant du point de vue social que professionnel, comme cela ressortait des évaluations de l'ergothérapeute et du Dr M\_\_\_\_\_. Les pathologies de la cheville gauche ne semblaient pas avoir d'impact sur la qualité de vie. Les lombalgies semblaient avoir une incidence importante tant du point de vue social que professionnel et dans les loisirs. Elles étaient présentes lors du réveil matinal avec un blocage douloureux lombaire et lors d'une activité prolongée type marche ou lors de port de charge en porte-à-faux. Les personnes présentant une telle atteinte avaient passablement plus de douleurs en position assise, lors du port de charges et des positions prolongées. Les voyages et la vie sociale étaient plus difficiles et elles étaient habituellement en arrêt de travail. Ce type d'atteinte pouvait généralement être traité par des moyens conservateurs. Concernant l'épaule gauche, l'assuré décrivait des douleurs invalidantes dans certaines positions et des pseudo-blocages en abduction ainsi que des réveils nocturnes. Il se sentait handicapé dans l'habillage et dans certains de ses hobbies (jouer de la guitare). En cumulant les scores aux tests de Constant et de Dash-Membre supérieur, on en déduisait une fonctionnalité de l'épaule gauche entre 31 % et 40 % d'une épaule saine.

En ce qui concernait l'incapacité de travail, les experts ont noté que selon l'analyse ergothérapeutique et les Drs M\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, les exigences physiques concernant une activité en tant qu'électricien, au vu des gonalgies, des lombalgies associées à un syndrome douloureux de l'épaule gauche, n'étaient pas possibles. L'incapacité actuelle était de 100 %.

S'agissant des limitations fonctionnelles de l'assuré, selon ses capacités anamnestiques, son périmètre de marche était limité à 30 minutes à cause des gonalgies et il ne pouvait rester assis de manière prolongée à cause des lombalgies. L'épaule gauche le limitait dans la mobilité du membre supérieur gauche. Les positions accroupies et debout prolongées étaient difficiles. Selon ses dires, dans des terrains en pente ou accidentés, il avait de la peine à se mobiliser à cause des gonalgies. Selon l'évaluation du Dr L\_\_\_\_\_, un travail en position assise avec peu de déplacements et de port de charges pourrait être exigé. Ce médecin avait rajouté qu'au vu de l'augmentation modérée de la douleur et de la diminution des capacités

fonctionnelles lors d'une activité prolongée, il était nécessaire de proposer, en situation de cumul des contraintes physiques, une réduction substantielle de la capacité de travail. Dans le ménage, les activités avec le membre supérieur gauche au-dessus de la tête, les positions accroupies ou en appui sur les genoux, les positions statiques debout prolongées ou les ports de charges prolongés étaient actuellement impossibles au vu des multiples pathologies. Au sujet du degré d'invalidité médico-théorique, les experts ont noté que l'assurance-invalidité avait rejeté la demande de prestations au motif que l'assuré présentait un degré d'invalidité inférieur à 40 %. À l'époque, l'assuré n'avait pas encore développé le syndrome douloureux de l'épaule gauche. Une nouvelle évaluation pourrait être proposée à l'assurance-invalidité en fonction de ce nouvel élément. Conformément aux conclusions des Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et celles des experts, la capacité médico-théorique pouvait être estimée à au moins 50 % dans une activité adaptée aux restrictions mentionnées par le Dr L\_\_\_\_\_. La capacité serait aussi dépendante de l'endurance de l'assuré ainsi que d'un reconditionnement réalisé au préalable.

23. Le 7 avril 2016, le Tribunal civil a entendu le Pr I\_\_\_\_\_.

Ce dernier a donné certaines précisions sur le caractère des douleurs lombaires. Il a relevé que l'élément objectif qu'il avait pu constater figurait sur l'IRM du genou du 16 avril 2002, sur laquelle il avait noté un œdème intra-osseux du condyle fémoral interne que seul l'accident avait pu causer. Au vu du dossier, l'affirmation de l'assuré concernant ses douleurs au niveau du genou, même assis, qu'il qualifiait de supportables ou d'insupportables suivant les moments, était plausible. Il était tout-à-fait objectivable que l'assuré soit incapable d'exercer une activité même assise en raison de ses douleurs, même s'il n'avait pas à soulever quoi que ce soit, compte tenu de l'IRM précitée. Selon l'expert, il y avait un lien de causalité clair entre les douleurs décrites et les clichés de l'IRM s'agissant du genou gauche. Le réveil par des douleurs nocturnes de mobilisation était également typique de ce qu'il avait pu voir sur l'IRM. S'agissant de la capacité de travail articulée, estimée à 50 % dans le rapport, le Pr I\_\_\_\_\_ a précisé que ce pourcentage devait être atténué en fonction de l'endurance de l'assuré et du déconditionnement physique. Il pouvait être inférieur, voire nul en cas d'incapacité d'endurance ou d'impossibilité de reconditionner. Interrogé sur le point de savoir si l'assuré était en mesure de travailler dans son activité ou dans une autre activité en mai 2015, l'expert a répondu par la négative. Théoriquement, on aurait pu exiger de l'assuré qu'il exerce une activité, mais le syndrome douloureux l'empêchait d'aller dans cette voie et ce quelle que soit l'activité choisie. Selon le Pr I\_\_\_\_\_, quelqu'un qui avait été victime de ce type d'accident, avec les résultats d'IRM et les syndromes douloureux développés, ne pouvait plus travailler. Les pathologies en lien direct avec l'accident étaient suffisantes pour créer une incapacité de travail totale. Il s'agissait d'une douleur constante qui ne faisait que varier dans le temps. Au sujet du taux d'invalidité de 30 % retenu par la SUVA, le Pr I\_\_\_\_\_ a relevé que la capacité de travail n'était pas toujours en corrélation avec l'atteinte à l'intégrité qui

consistait en des lésions anatomiques. Du fait des douleurs chroniques, l'atteinte à l'intégrité avait augmenté. L'invalidité avait augmenté depuis 2005 en raison de ces douleurs chroniques. Il estimait que l'incapacité de travail retenue par l'assurance-invalidité au 30 mars 2006 était trop basse. L'expert a noté que le taux d'invalidité pour l'atteinte à l'épaule était, « à la louche » (*sic*), de l'ordre de 10 %.

24. Le 6 juillet 2016, l'assuré a sollicité la révision de sa rente et de ses droits à la suite de l'accident du 21 février 2002. Il s'est référé à l'expertise réalisée par le Pr I\_\_\_\_\_ et les Drs J\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. Il a soutenu que lors de son audition par le Tribunal de première instance, le Pr I\_\_\_\_\_ avait fait état d'une invalidité totale en raison de l'accident du 21 février 2002.
25. Le 21 septembre 2016, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle avait soumis son dossier à son médecin d'arrondissement, lequel concluait à l'absence de modification s'agissant du genou gauche. Les autres troubles n'étaient pas imputables à l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante. La comparaison des clichés radiographiques du 9 novembre 2004 et ceux du 9 octobre 2014 et du 19 mai 2015 ne révélait pas de progression importante des lésions dégénératives post-traumatiques du genou gauche. En l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, le droit à la rente ne se modifiait pas.
26. L'assuré a fait part de ses déterminations à la SUVA en date du 3 octobre 2016. Il a longuement cité l'expertise ainsi que le procès-verbal d'audition du Pr I\_\_\_\_\_, dont les conclusions étaient selon lui claires, tant du point de vue du dommage, de l'existence d'un syndrome douloureux, du caractère persistant et grave dudit syndrome, de l'objectivation des douleurs, du lien de causalité avec l'accident et du haut degré de vraisemblance dudit lien. Il invitait la SUVA à rendre une décision formelle si elle maintenait sa position.
27. Par décision du 28 octobre 2016, la SUVA a confirmé le refus d'augmenter la rente versée à l'assuré en l'absence de modification notable des séquelles de l'accident engageant sa responsabilité.
28. Le 14 novembre 2016, l'assuré s'est opposé à cette décision en reprenant l'argumentation développée dans ses déterminations du 3 octobre 2016.
29. Par décision du 18 novembre 2016, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré. Elle a noté que les experts avaient conclu à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles du genou et de la cheville gauche, mais l'avaient exclu en ce qui concernait la problématique rachidienne et de l'épaule gauche, et que la symptomatologie du genou gauche était stabilisée depuis plusieurs années. Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait retenu dans un avis du 29 août 2016 que les radiographies pratiquées en 2014 et 2015 n'avaient pas montré d'aggravation importante des atteintes constatées sur les clichés du 9 novembre 2004. Les experts judiciaires ne prétendaient pas non plus que les seules séquelles de l'accident de 2002 au genou gauche s'étaient notablement modifiées depuis la fixation de la rente d'invalidité. Un avis divergent sur la capacité de travail n'était

pas un motif de révision du droit aux prestations. C'était partant à juste titre que la SUVA avait maintenu le taux de la rente en vigueur.

30. Par écriture du 9 janvier 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'apport de la cause C/30700/2010 pendante devant le Tribunal de première instance et à ce qu'il soit autorisé à compléter ses écritures, et sur le fond à l'annulation de la décision du 18 novembre 2016, à la révision de la décision du 9 août 2005, à ce qu'il soit dit et jugé qu'il souffrait d'une invalidité de 100 % à la suite de son accident du 21 février 2002, au versement par la SUVA de toutes les prestations découlant de l'accident, dont notamment une rente d'invalidité de 100 %, une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la prise en charge de tous les traitements médicaux antérieurs et postérieurs à la fixation de la rente et une allocation pour impotence.

Il a souligné que le Pr I\_\_\_\_\_ bénéficiait d'une renommée internationale et d'une totale indépendance. Son expertise avait conduit à des conclusions très claires sur la situation médicale du recourant et son évolution depuis la décision rendue par l'intimée onze ans auparavant. Le sérieux et l'exhaustivité du travail d'expertise étaient aussi indiscutables qu'exceptionnels. Il a affirmé que l'expertise du Pr I\_\_\_\_\_ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. À teneur de ses conclusions, il apparaissait que la situation s'était notablement dégradée depuis la première décision rendue par la SUVA. Le recourant a cité de larges extraits de l'expertise, notamment celui relatif à sa capacité de travail en qualité d'électricien, affirmant que cette incapacité de 100 % était parfaitement cohérente. Elle se fondait sur la présence continue d'un syndrome douloureux. L'expert avait été limpide sur ce point lors de son audition. Le recourant a affirmé que le Dr L\_\_\_\_\_ avait souligné sa volonté de donner le maximum. Partant, le taux d'invalidité était passé à 100 % aujourd'hui, et la révision de la décision de l'intimée s'imposait.

31. Par écriture du 13 mars 2017, l'intimée a conclu à ce que la cause lui soit renvoyée afin qu'elle évalue l'incidence de la modification de l'état de santé du recourant sur son degré d'invalidité. Elle s'est référée à une appréciation du 10 mars 2017 établie par la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès de la Suva, qu'elle a produite à l'appui de son écriture.

Dans le document joint, la Dresse N\_\_\_\_\_ a rappelé le contenu du dossier du recourant, avant d'exposer que le cartilage articulaire pouvait subir des modifications de sa surface, qui pouvaient entraîner des douleurs, associées parfois à des instabilités de l'articulation ou même des blocages. Les causes principales des chondropathies pouvaient être l'excès d'activités répétitives ou non, les petites malpositions (les deux surfaces en présence n'étaient pas parfaitement adaptées l'une à l'autre, déséquilibrant les pressions) ou les instabilités (augmentant les frottements). Les atteintes du cartilage ou chondropathies étaient évolutives et réparties en stades lors d'une arthroscopie selon la classification d'Outerbridge et sur IRM selon la classification de l'IRCS (International Cartilage Research Society). Il était évident que la chondropathie fémoro-patellaire ou fémoro-tibiale

---

présentée par le recourant et décrite par le Dr C\_\_\_\_\_ à trois mois de l'accident du 2 février 2002 lors de l'arthroscopie ne pouvait pas avoir été provoquée par cet accident. Cette chondropathie était un état préexistant, puisqu'une telle usure ne pouvait se développer en trois mois. La chondropathie avait été confirmée par le Dr E\_\_\_\_\_ lors de l'arthroscopie réalisée en janvier 2003. Elle était alors décrite de degré II au niveau fémoro-patellaire et de degré I à II au niveau fémoro-tibial interne, essentiellement tibial. L'IRM réalisée en octobre 2014 mettait en évidence un status post-ancienne méniscectomie interne partielle, l'apparition d'une chondropathie de grade IV sur l'interligne fémoro-tibial interne, au niveau du condyle interne, ainsi qu'une stabilité des lésions cartilagineuses de la facette interne et de la crête de la rotule. Il semblait évident qu'en douze ans, la chondropathie au niveau du compartiment fémoro-tibial interne s'était aggravée, puisqu'elle était passée à un degré IV. La Dresse N\_\_\_\_\_ rejoignait ainsi le Pr I\_\_\_\_\_ en tant que ce dernier attestait d'une aggravation de la chondropathie présentée par le recourant au niveau de son genou gauche. Elle retenait uniquement une relation de causalité partielle entre cette chondropathie fémoro-tibiale interne gauche et l'accident du 2 février 2002, l'assuré présentant à trois mois de l'accident déjà une chondropathie de degré I à II, état préexistant. Elle ne pouvait en revanche suivre l'expert lorsqu'il mentionnait une incapacité actuelle de 100 % dans son expertise. L'incapacité de travail était peut-être complète dans le contexte des atteintes multiples de l'épaule, du rachis et du genou gauche, mais certainement pas si l'on tenait uniquement compte du genou gauche.

32. Dans ses déterminations du 3 avril 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a allégué que le dossier comportait absolument tous les éléments médicaux nécessaires pour permettre à l'intimée de rendre une décision s'agissant du degré d'invalidité. Il n'était pas acceptable qu'elle sollicite le morcellement du processus décisionnaire. Un renvoi du dossier impliquerait une deuxième procédure sur opposition en cas de désaccord sur le degré d'invalidité, puis, cas échéant, un nouveau recours devant la chambre de céans. L'intimée avait rendu une décision expéditive et parfaitement arbitraire, dont elle avait reconsidéré le caractère insoutenable seulement en raison du recours. Le recourant avait conclu à l'octroi d'une rente entière, et il priait la chambre de céans d'ordonner à l'intimée de se prononcer dans un délai d'un mois sur l'ensemble des conclusions du recours, notamment sur le degré d'invalidité. Il a répété que le dossier était parfaitement instruit, reprenant les allégations développées à ce sujet dans ses précédentes écritures et citant des extraits de l'expertise et du procès-verbal d'audition du Pr I\_\_\_\_\_.
33. L'intimée s'est déterminée le 19 juin 2017. Elle a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que la cause ne pouvait être tranchée sur la base de l'expertise du Pr I\_\_\_\_\_ et du Dr J\_\_\_\_\_, dès lors que leurs conclusions prenaient également en compte des atteintes étrangères à l'accident et que leur rapport ne suffisait pas à conclure que les atteintes du genou gauche entraînaient à elles seules une incapacité

de travail complète. La valeur probante de leur expertise devait être relativisée dans le contexte de la présente procédure, dès lors que l'intimée n'avait pas été associée à sa mise en œuvre. De plus, l'instruction à intervenir portait également sur les circonstances permettant de procéder à une nouvelle comparaison des revenus, comme l'exigeait la loi.

34. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 20 juin 2017.
35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **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<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. La décision de l'intimé porte uniquement sur le droit à la rente du recourant.

C'est ici le lieu de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

Partant, le litige porte en l'espèce uniquement sur le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sur le point de savoir s'il a évolué depuis la décision de l'intimée du 9 août 2005.

En revanche, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la prise en charge des traitements médicaux et l'allocation pour impotent auxquelles le recourant a conclu ne font pas l'objet de la décision querellée, de sorte qu'ils sont exorbitants au litige.

5. 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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.

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est

réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

6. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon cette disposition. Une rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 2.2).
7. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3).

Il y a lieu d'admettre un lien de causalité naturelle lorsque, sans l'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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1). 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 119 V 337 consid. 1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 77/01 du 16 novembre 2001 consid. 2a).

Pour être prise en considération dans le cadre d'une révision du droit à la rente, une péjoration de l'état de santé doit être en relation de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_803/2012 du 15 octobre 2013 consid. 2).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).
- 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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).
- c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. Il convient en premier lieu d'examiner si, comme l'affirme le recourant, l'expertise permet de statuer sur son degré d'invalidité.

Tel n'est pas le cas. Si l'expertise comprend tous les éléments formels nécessaires selon la jurisprudence fédérale, puisqu'elle résume le dossier du recourant ainsi que son anamnèse, relate ses plaintes, décrit les constatations objectives ressortant des examens cliniques et paracliniques et pose des diagnostics précis, il convient de relever ce qui suit au sujet de ses conclusions quant à la capacité de travail et de gain du recourant.

Dans leur rapport, les experts ont fait état d'une incapacité de travail totale, en soulignant que cette appréciation portait sur l'activité d'électricien. Sur ce point, leur évaluation concorde avec celle du Dr D\_\_\_\_\_, qui avait conduit à l'octroi d'une rente partielle au recourant dès le 1<sup>er</sup> avril 2004. En revanche, contrairement à ce que le recourant allègue, ils n'ont nullement considéré que ce dernier était incapable de travailler même dans une activité adaptée. Le Dr L\_\_\_\_\_ et l'ergothérapeute ont en effet admis qu'un travail assis, comprenant peu de déplacements et de ports de charges, était possible, sans toutefois préciser si cette capacité s'entendait à un pourcentage réduit. Le Dr M\_\_\_\_\_ a également retenu « qu'il semblait » qu'une activité adaptée – qu'il n'a au demeurant pas définie – fût possible à 50 %, sans indiquer pour quels motifs le taux d'activité était limité ni sur quels éléments il se fondait. En conclusion à leur rapport, le Pr I\_\_\_\_\_ et le Dr J\_\_\_\_\_ ont déclaré admettre une capacité de travail dans une activité adaptée à « au moins » 50 %. Or, une telle évaluation n'est ni suffisamment précise, ni suffisamment motivée. De plus, les limitations fonctionnelles auxquelles se réfèrent les experts sont qualifiées d'anamnestiques, et on ignore ainsi si elles sont étayées par des constats objectifs. Enfin, les experts n'ont pas différencié entre la part de l'incapacité de travail dans une activité adaptée résultant des troubles en lien de causalité naturelle avec l'accident, dont répond l'intimée, et la part imputable aux problèmes du rachis et de l'épaule, qu'ils ont considérés sans rapport établi au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident.

Par ailleurs, il est impossible d'ignorer la contradiction majeure entre les conclusions des experts sur la capacité de travail telles qu'elles ressortent du rapport écrit et celles émises par le Pr I\_\_\_\_\_, lors de son audition. Ce dernier, après avoir d'abord repris les conclusions du rapport, les a dans un premier temps tempérées, en retenant que cette capacité pourrait être moindre en raison du manque d'endurance, avant d'affirmer que le recourant ne pouvait plus travailler en raison du syndrome douloureux, et ce même dans une activité adaptée. Au vu de leur manque de clarté et de leurs contradictions intrinsèques, ces déclarations ne sauraient être suivies. Il n'est du reste pas inutile de souligner que ce n'est pas le Pr I\_\_\_\_\_, mais le Dr J\_\_\_\_\_ qui a examiné l'assuré dans le cadre de l'expertise. Il est par ailleurs d'autant plus incompréhensible que l'expert revienne sur l'appréciation ressortant du rapport du 26 mai 2015 que les explications qu'il a données lors de son audition n'emportent pas la conviction. Il s'est en effet fondé sur les douleurs qui empêcheraient le recourant de travailler, même assis. Or, il ressort du rapport d'expertise que l'estimation de la capacité de travail dans une activité sédentaire se fonde notamment sur l'appréciation du Dr L\_\_\_\_\_, émise à l'issue d'épreuves fonctionnelles qui ne l'ont pas conduit à retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée en raison de douleurs. En d'autres termes, la dernière estimation du Pr I\_\_\_\_\_ contraste avec les constatations objectives de son confrère. Enfin, s'agissant de l'incidence négative du manque d'endurance et du déconditionnement sur une reprise du travail, il convient de rappeler que le déconditionnement est en lien avec la problématique rachidienne, comme cela ressort des diagnostics posés. Partant, l'intimée n'aurait en toute hypothèse pas à en répondre, puisqu'il ne s'agit pas là d'une atteinte en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Compte tenu de ces éléments, l'expertise mise en œuvre par le Tribunal de première instance et l'audition du Pr I\_\_\_\_\_ ne permettent pas à la chambre de céans de statuer sur l'évolution de la capacité de travail et de gain du recourant, et de son degré d'invalidité.

Cela étant, l'intimée a admis la survenance d'une aggravation de la chondropathie du genou gauche du recourant. Elle a conclu au renvoi de la cause afin de déterminer l'incidence de cet élément sur le degré d'invalidité.

En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'intimée n'a pas examiné la capacité résiduelle de travail du recourant après la dégradation de l'état de son genou du point de vue médico-théorique, ni l'incidence économique de cette aggravation. Il lui appartiendra dès lors de recueillir les

éléments médicaux pertinents, avant de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

Compte tenu du renvoi à l'intimée, il ne sera pas fait droit à la requête du recourant tendant à l'apport de la cause pendante devant le Tribunal de première instance.

10. Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est partiellement admis.

Le recourant, qui est représenté, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'200.- (art. 61 let. g LPGA).

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.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'200.- 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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