

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/699/2024

ATAS/346/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2025

Chambre 4

En la cause

A _____

recourant

représenté par Georges BUISSON, mandataire

contre

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

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1973, domicilié en France, divorcé et père de quatre enfants.
 - b.** Il a travaillé comme maçon coffreur métallique au service de la société B _____ (ci-après : l'employeur) dès le 2 mai 2011 et était assuré à ce titre pour l'assurance-accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).
- B.**
- a.** Le 19 juin 2012, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, l'assuré s'est blessé au dos et au genou gauche, avec une rupture du LCA. Alors qu'il préparait un coffrage, le plafond s'était écroulé.
 - b.** La SUVA a pris en charge les suites du cas.
 - c.** Par décision du 22 février 2013, la SUVA a mis fin au droit de l'assuré au versement des prestations d'assurance au 28 février 2013, au motif que selon son médecin d'arrondissement, ses troubles à la santé qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais à la maladie.
 - d.** L'assuré a formé opposition à cette décision.
 - e.** Par décision sur opposition du 29 juillet 2013, la SUVA a rejeté l'opposition.
 - f.** Par acte du 12 août 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition.
 - g.** Par arrêt du 19 mars 2014, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a renvoyé la cause à la SUVA afin que cette dernière détermine si l'atteinte au genou gauche de l'assuré pouvait être imputable, au moins partiellement, à l'accident du 19 juin 2012 ou si elle était d'origine exclusivement malade (ATAS/319/2014 du 19 mars 2014).
 - h.** Le 12 mai 2015, l'intimée a accepté de prendre en charge la ligamentoplastie du genou gauche de l'assuré.
 - i.** Le 7 juin 2017, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle prenait en charge l'intervention faite à titre d'éclaircissement à la place de la ligamentoplastie accordée que son médecin n'avait finalement pas faite.
 - j.** Le 23 novembre 2017, le docteur C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué, dans un rapport en lien avec le sinistre du 19 juin 2012, que le cas de l'assuré était stabilisé.
- C.**
- a.** Le 3 septembre 2013, alors qu'il travaillait sur un chantier pour le même employeur, l'assuré s'est blessé au genou gauche.
 - b.** La SUVA a pris en charge les suites de l'accident du 3 septembre 2013, notamment par le versement d'indemnités journalières.

c. Par décision du 30 octobre 2013, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux dès le 7 novembre 2013. Selon son médecin d'arrondissement, il n'existait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité avéré entre l'accident du 3 septembre 2013 et les troubles du genou annoncés.

d. Le 14 novembre 2013, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA 30 octobre 2013.

e. Par décision sur opposition du 31 décembre 2013, la SUVA a rejeté l'opposition à sa décision du 30 octobre 2013, considérant que l'atteinte ligamentaire au genou gauche de l'assuré n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 3 septembre 2013, lequel n'avait entraîné que de simples éraflures sur la rotule de l'assuré sans péjorer son état antérieur. Il s'agissait de la même lésion que celle constatée au mois de février 2013 dont la SUVA avait refusé la prise en charge.

f. Le 23 janvier 2014, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition.

g. Par arrêt du 10 juin 2015 (ATAS/559/2015), la chambre de céans a annulé la décision de la SUVA du 31 décembre 2013, lui donnant acte qu'elle acceptait de prendre en charge les troubles que l'assuré présentaient au genou gauche.

h. Selon un compte rendu opératoire du 24 octobre 2017, l'assuré avait fait l'objet ce jour-là d'une ligamentoplastie du genou gauche par le docteur D_____, chirurgien orthopédique et traumatologique (Mâcon).

i. Le 7 février 2018, sur la base d'un rapport du chirurgien de l'assuré du 25 janvier 2018, le Dr C_____ a indiqué que le cas n'était pas stabilisé, en raison d'une probable algodystrophie (ou CRPS) en cours au niveau de son genou gauche.

j. Le 4 avril 2019, le Dr C_____ a indiqué que l'état du genou gauche de l'assuré était stabilisé.

k. L'assuré a été examiné par le Dr C_____ le 13 septembre 2019, en lien avec ses trois accidents. Il ressort de son rapport que l'assuré avait fait preuve d'une très grande agitation et qu'il avait proféré des menaces de mort à l'encontre de ce médecin. L'examen avait en conséquence été interrompu. Vu l'examen du genou de ce jour, le médecin estimait que, dans un travail sédentaire, l'assuré était capable de travailler à 50%.

l. Le 4 septembre 2020, l'assuré a fait l'objet d'une arthroscopie du genou gauche, car il présentait un claquement douloureux en extension complète.

m. Le 9 novembre 2020, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué, en lien avec le sinistre du 3 septembre 2013, que l'assuré était totalement incapable de travailler en raison de ses troubles du genou gauche et que son état de santé n'était pas

stabilisé. Il était hors de question qu'il examine l'assuré pour des questions de sécurité.

n. Dans une appréciation du 10 mai 2023 (se référant au sinistre lié à l'accident du 3 octobre 2013), le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'assurance de la SUVA, a résumé les pièces de la procédure et indiqué qu'on pouvait considérer, à six mois de l'intervention, que l'état de l'assuré était stabilisé. D'ailleurs, dans son dernier rapport, le chirurgien qui l'avait opéré ne proposait plus d'intervention et constatait la stagnation de l'état clinique. Il était exclu d'examiner l'assuré à l'agence en raison de son agressivité. L'exigibilité comme maçon n'était plus donnée. La capacité de travail de l'assuré était de 100%, sans baisse de rendement, dans une activité réalisée essentiellement en position assise avec un port de charges ponctuelles limitées à 5 kg sans devoir se déplacer de façon régulière dans les escaliers.

o. Dans un rapport du 26 juin 2023, le Dr F_____ a estimé l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10%, après avoir constaté la déchirure du LCA genou gauche avec ligamentoplastie en 2017, le développement d'un amincissement de l'espace fémoro-tibial interne à la radiologie dans le sens d'une gonarthrose interne et la persistance d'une discrète raideur, épanchement lors des surcharges mécaniques.

p. Par décision du 14 juillet 2023, en lien avec l'évènement du « 30 octobre 2013 », la SUVA a informé l'assuré que, sur la base des éléments médicaux en sa possession, son service médical avait estimé qu'il n'avait plus besoin de traitement. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2023. Une capacité de travail de 100%, sans baisse de rendement, était attendue de l'assuré dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

q. Par décision du 28 septembre 2023, se référant au dossier ouvert en lien avec l'accident du 3 septembre 2013, la SUVA a informé l'assuré qu'elle revenait sur sa lettre du 14 juillet 2023 (clôture du cas selon l'art. 19 LAA) et qu'elle lui accordait une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10% pour les séquelles de l'accident du 3 septembre 2013 et, dès le 1^{er} août 2023, une rente d'invalidité de 17%, considérant qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré demeurait capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé.

r. Le 11 octobre 2023, l'assuré a formé opposition à cette décision contestant le taux de l'IPAI.

D. a. Le 30 octobre 2013, l'assuré a chuté dans les escaliers et a subi une entorse à la cheville gauche. Cet accident a été annoncé à la SUVA qui a ouvert un nouveau dossier.

b. Le 14 février 2014, l'assuré a été examiné par le Dr C_____, auquel il a indiqué avoir chuté le 3 septembre 2013, suite à un phénomène d'instabilité habituel avec son genou gauche. Un premier épisode d'entorse était alors survenu

à sa cheville gauche. Le 30 octobre 2013, son genou gauche l'avait à nouveau lâché. Il avait ressenti un craquement et sa cheville avait gonflé. Actuellement, sa cheville allait mal. Le Dr C_____ a estimé nécessaire d'instruire cette situation.

c. Le 29 avril 2014, l'assuré a fait l'objet d'une ligamentoplastie de la cheville gauche.

d. Le 17 décembre 2014, le Dr D_____ a indiqué que les suites de l'opération à la cheville gauche de l'assuré étaient compliquées par une algodystrophie, confirmée par la scintigraphie osseuse. L'assuré avait chuté le 30 octobre 2013 par instabilité du genou qui avait entraîné une grave entorse de la cheville gauche.

e. Selon une scintigraphie osseuse du 7 avril 2015, l'algodystrophie avait disparu.

f. L'assuré a fait l'objet d'une ligamentoplastie de la cheville gauche le 28 avril 2015, en raison d'une instabilité de cette cheville.

g. Le 22 juillet 2015, le Dr D_____ a indiqué que l'état de la cheville gauche de l'assuré s'orientait vers une algodystrophie sévère du membre inférieur, puisqu'il présentait un œdème de tout le pied de la cheville, remontant au tiers inférieur de la jambe avec des douleurs au niveau du genou et de la hanche.

h. Le 27 septembre 2016, l'assuré a fait l'objet d'une intervention par le Dr D_____ pour une exploration de la ligamentoplastie à la cheville gauche avec un relâchement discret de la plastie ligamentaire.

i. Le 16 février 2017, une scintigraphie osseuse a mis en évidence une absence d'algodystrophie résiduelle.

j. Le 10 mars 2017, le Dr C_____ a estimé que le cas était stabilisé pour les troubles de la cheville gauche et a précisé qu'il ferait un bilan global lorsque la situation serait également stabilisée pour le genou gauche.

k. Le 18 avril 2017, l'assuré a été opéré par le Dr D_____ pour une instabilité du genou gauche.

l. Le Dr C_____ a estimé que l'intervention du 18 avril 2017 était à la charge de la SUVA, car elle était en relation pour le moins probable avec l'accident du 30 octobre 2013, précisant qu'une probable cicatrisation ligamentaire s'était produite.

m. Le 31 juillet 2017, le Dr D_____ a indiqué qu'il avait prévu de réaliser une ligamentoplastie du LCA, ce qu'il n'avait finalement pas fait. L'assuré présentait de nombreux lâchages du genou, de plus en plus fréquents. L'arthroscopie avec résection de la plica n'avait rien apporté.

n. Le 21 août 2017, le Dr E_____ a préconisé un nouveau séjour à la CRR.

o. Sur demande de la SUVA, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) lui a transmis un rapport d'expertise effectuée à la demande de celui-ci par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 4 avril 2018, l'expert a retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré, une entorse grave du genou gauche avec lésion du LCA en 2012, ayant entraîné une plastie du croisé antérieur en 2017 ainsi qu'une entorse grave de la cheville gauche avec de plastie ligamentaire et une libération secondaire de cadre tendineux de la plastie ligamentaire en raison de douleurs persistantes. En raison des problèmes médicaux du genou gauche, la démarche ne s'effectuait qu'avec cannes, le déroulement du pied n'était pas bon, ce qui n'améliorait pas l'évolution de la cheville qui manquait de souplesse à la suite de la plastie avec le cours péronier latéral. Depuis 2012, l'assuré avait toujours été un traitement et le cas n'était pas encore stabilisé. Si la plastie du genou ne posait pas de problème dans l'avenir, une reprise de l'activité professionnelle antérieure restait possible. Il existait des complications dans les évolutions des différentes pathologies en raison de l'apparition d'algodystrophie dans les suites opératoires. Tant le dossier de la SUVA que celui de l'OAI était incomplet. Il manquait tout ce qui s'était passé en 2012 : le bilan radiologique des HUG puis la suite par le Dr H_____ à Mâcon. Dans les rapports de la SUVA qui étaient au dossier, la chronologie des événements n'était pas parfaite. Le cas de 2012 n'était pas analysé et la première entorse grave de la cheville avait eu lieu deux semaines avant la date de prise en compte par la SUVA. Ces rapports ne changeaient pas la situation médicale à ce jour, mais probablement la causalité des troubles orthopédiques, ce qui n'était pas l'objet de la présente expertise. Actuellement, l'assuré ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle antérieure. Après la stabilisation de son problème de genou, s'il persistait une instabilité, un travail sédentaire, sans charges, serait possible.

p. L'assuré a été examiné par le Dr C_____, qui a fait un rapport, déjà mentionné en lien avec l'accident du 3 septembre 2013, mais qui se référait également à l'accident du 19 juin 2012 et à celui du 30 octobre 2013.

q. Le 1^{er} mars 2021, le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin de la SUVA, a indiqué, en lien avec le sinistre du 30 octobre 2013, que l'incapacité de travail semblait justifiée selon le rapport médical. Les troubles du genou de l'assuré n'étaient vraisemblablement pas stabilisés, avec une maladie de Sudeck (ou CRPS) en phase évolutive selon le rapport de consultation du 3 février 2021.

r. Le 29 juin 2021, le Dr F_____, interpellé dans le cadre du dossier en lien avec l'accident du 30 octobre 2013, a indiqué que l'assuré présentait un CRPS à huit mois de l'intervention et que son état n'était pas stabilisé.

s. Par décision du 14 juillet 2023, en lien avec l'évènement du 30 octobre 2013, la SUVA a informé l'assuré que, sur la base des éléments médicaux en sa possession, son service médical avait estimé qu'il n'avait plus besoin de traitement. Par conséquent, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2023. Une capacité de

travail de 100%, sans baisse de rendement, était attendue de l'assuré dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

t. Par décision sur opposition du 3 novembre 2023, se référant aux trois dossiers ouverts suite aux accidents des 19 juin 2012, 13 septembre 2013 et 30 octobre 2013, la SUVA a rejeté l'opposition formée à sa décision du 28 septembre 2023. Elle a relevé que le seul point contesté par l'assuré était le taux de l'IPAI retenu pour les séquelles de l'accident du 3 septembre 2013 et que les autres points de la décision querellée étaient entrés en force. L'assuré n'avait fourni aucun élément médical permettant de douter de l'estimation du médecin de l'assurance sur le taux de l'IPAI. Aucune autre mesure d'instruction n'était nécessaire et il pouvait être statué sans devoir recourir à une expertise externe.

u. L'assuré a formé recours contre la décision précitée.

v. Par arrêt du 6 mars 2024 (ATAS/148/2024), la chambre de céans a estimé que le diagnostic de CRPS ne pouvait être valablement écarté et que l'intimée avait prononcé la clôture du cas et examiné le droit à une IPAI sans avoir intégré à son appréciation ce diagnostic, pourtant retenu par deux médecins. La cause lui a été renvoyée pour mise en œuvre une expertise.

w. Selon le rapport d'expertise du J_____ du 19 septembre 2024, l'expertisé avait été examiné par les experts le 3 septembre 2024 et s'était montré très agressif avec un discours digressif et des difficultés pour le médecin de synthétiser les éléments importants. De manière consensuelle, l'orthopédiste et le neurologue ne pouvaient retenir de manière probante un CRPS. Même si cette complication secondaire était survenue, en l'état actuel, elle n'avait laissé aucune séquelle.

L'expert orthopédiste a indiqué, sous discussion, que « le principal » semblait être en lien avec l'événement du 19 juin 2012, qui avait probablement induit une entorse relativement importante des faisceaux ligamentaires talo-fibulaire antérieur et calcanéofibulaire, associée probablement une déchirure du LCA du genou gauche. Cela avait nécessité trois interventions au niveau de la cheville gauche et six interventions chirurgicales du genou gauche, dont la plus importante le 2 octobre 2018, sous la forme d'une plastie du LCA. Il y avait eu ensuite une ablation du matériel d'ostéosynthèse, au niveau fémoral puis tibial. En l'état actuel, le résultat semblait satisfaisant, voir bon.

E. a. Le 18 juillet 2023, l'assuré a annoncé à la SUVA un nouvel événement survenu le jour précédent. Sa canne s'était bloquée dans une grille au bord de la route et il avait chuté. Son épaule avait pris la grosse partie de l'impact avec des douleurs au dos et il y avait eu un gros craquement dans son genou. Il s'était tordu le genou et la cheville gauche et le genou droit et le côté droit de son dos avait tapé la bordure du trottoir. Il devait voir le docteur K_____, médecine du sport, à la polyclinique du Val-de-Saône à Macon, le même jour. Il ne pouvait plus plier son genou gauche, ni bouger sa cheville gauche et son genou droit était très enflé.

b. Dans un rapport du 18 juillet 2023, le Dr K_____ a indiqué avoir constaté à l'examen de l'assuré une entorse de la cheville gauche avec douleurs. Le genou gauche avait été difficile à examiner, car il était contracté. On pouvait toutefois noter une douleur du pourtour rotulien et une douleur sous l'interligne interne ainsi que vers la cicatrice tibiale interne.

c. Dans un rapport du 4 août 2023, le Dr K_____ a indiqué avoir soigné l'assuré, qui avait fait une nouvelle chute le 17 juillet 2023, laquelle avait été favorisée par ses douleurs handicapantes, qui résultaient de son accident du travail du 19 juin 2012. Il y avait eu une réactivation de ses douleurs du genou gauche et de sa cheville gauche, avec une nouvelle entorse externe. L'assuré avait également des douleurs cervicales et dorsales chroniques. Il fallait également rappeler le CRPS au niveau du membre inférieur gauche. Le Dr K_____ estimait que l'assuré avait encore besoin d'un traitement, car il avait été obligé de lui donner de la morphine pour soulager ses douleurs. Il n'y avait donc pas lieu de mettre fin aux prestations de la SUVA au 31 juillet 2023.

d. Le 14 septembre 2023, le Dr E_____, a indiqué qu'il était possible que les troubles invoqués soient imputables au degré de vraisemblance prépondérante à l'événement du 17 juillet 2023, mais qu'il y avait une discrédance majeure, compte tenu des antécédents de cet assuré, entre les atteintes possibles décrites et l'absence de toute exploration radiologique réclamée par le Dr K_____, ce qui s'imposait vu sa description du status. En l'absence de toute investigation complémentaire, en particulier sur le genou, il n'y avait pas de matérialité pour une rechute. À ce stade et au vu des pièces, l'événement cesserait ses effets au 17 septembre 2023.

e. Le 15 septembre 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident du 17 juillet 2023.

f. Par décision du 15 septembre 2023, la SUVA a informé l'assuré que les troubles qu'il présentait actuellement n'étaient plus en relation de causalité, pour le moins probable, avec l'accident du 17 juillet 2023 et que les conséquences délétères de celui-ci étaient actuellement éteintes. Elle devait clore le cas avec effet au 17 septembre 2023.

g. Le 13 novembre 2023, l'assuré, représenté par un conseil, a demandé l'annulation de la décision du 15 septembre 2023, relative à l'accident du 17 juillet 2023.

h. Le 28 novembre 2023, l'assuré a fait valoir que les troubles qu'il présentait actuellement étaient encore en relation de causalité avec l'accident assuré, sur la base d'un rapport du Dr D_____, rédigé suite à un examen du 7 juillet 2023.

Il a produit le rapport du D_____, qui faisait état des comptes rendus de ses consultations jusqu'au 7 juillet 2023, indiquait que l'assuré avait subi une arthroscopie le 4 septembre 2020 et qu'il semblait que l'on s'orientait de nouveau vers un CRPS.

i. Par décision sur opposition du 23 janvier 2024, la SUVA a considéré que la problématique devait essentiellement être appréhendée sous l'angle médical. Il convenait de reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation établie le 14 septembre 2023 par le Dr E_____. Le Dr K_____ attribuait les troubles de l'assuré à l'accident dont celui-ci avait été victime en 2012 et à des troubles chroniques et ne soutenait pas que l'accident du 17 juillet 2023 aurait occasionné une atteinte structurelle, ce qu'aucun examen ne démontrait.

Le dossier ne contenait aucun rapport circonstancié amenant des éléments objectifs permettant de contredire l'appréciation du Dr E_____. En conséquence, l'opposition était rejetée et la décision du 15 septembre 2023 confirmée.

F. a. Le 23 février 2024, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation. Il était incontestable que les soins du Dr D_____ ressortant du bilan de consultation du 19 octobre 2020 (soins prodigués entre 2020 et 2023) étaient en lien direct avec l'accident du travail dont il avait été victime. Chaque intervention chirurgicale s'était soldée par un CRPS. Le Dr D_____ avait réalisé deux arthrolyses arthroscopiques au niveau de ce genou, qui semblait présenter une arthrofibrose.

Le Dr D_____ concluait qu'il arrivait au recourant d'être victime de chutes en relation avec une faiblesse de ce genou et qu'il conservait une amyotrophie. L'ensemble des préjudices corporels subis depuis de nombreuses années par le recourant était en relation directe avec l'accident du travail et avait provoqué chez lui un préjudice post-traumatique et des conséquences sur son état de santé psychique.

Le Dr K_____ avait établi un certificat médical le 4 août 2023 précisant que les chutes subies par l'assuré étaient la conséquence de l'accident du travail dont il avait été victime le 18 juin 2012. Depuis l'accident, l'assuré était dans l'obligation de marcher avec des béquilles et il ressentait d'importantes douleurs cervicales et dorsales chroniques. Il devait prendre de la morphine pour supporter les douleurs. Il avait en outre subi un syndrome important de stress post-traumatique, ce qui était confirmé par son psychiatre de Macon. Il était donc impossible dans ces conditions de considérer, comme le faisait la SUVA dans sa décision du 23 janvier 2024, que la persistance de ses troubles au-delà du 17 septembre 2023 n'était plus en relation de causalité avec l'accident du 17 juillet 2023. L'intimée se fondait uniquement sur l'appréciation du Dr E_____, qui n'avait pas examiné le recourant et qui ne pouvait donc pas constater qu'il n'y avait aucune atteinte structurelle suite à l'accident du 17 juillet 2023. Une expertise médicale devait être ordonnée afin de démontrer la persistance des séquelles de l'accident, qui invalidaient totalement le recourant. Le recourant concluait encore la condamnation de l'intimée lui payer EUR 15'000.- à titre de provision à valoir sur son préjudice, ainsi que EUR 5'000 pour ses frais de défense.

b. Par réponse du 18 mars 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, se référant pour l'essentiel à la motivation de sa décision sur opposition du 23 janvier 2024, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter. Compte tenu des pièces médicales déposées à l'appui du recours, elle avait sollicité l'avis de la médecine d'assurance. Dans le cadre d'une appréciation médicale du 14 mars 2024, répondant aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, le Dr E_____ avait confirmé ses précédentes conclusions et rien n'autorisait à s'écarter de ses conclusions.

Dans l'appréciation médicale établie par le Dr E_____ le 14 mars 2024, celui-ci a rappelé les faits pertinents selon les pièces du dossier. Il a ensuite indiqué sous une rubrique « appréciation » qu'il existait un grand nombre de contre-vérités dans les appréciations qui lui avaient été délivrées. Tout d'abord, aucune appréciation médicale n'avait été rendue avant le 14 septembre 2023, suivie d'une décision avant le 15 septembre 2023, contrairement aux affirmations du Dr K_____, qui faisaient état d'une décision au 14 juillet 2023. Si cette décision existait, elle ne concernait pas le dossier en cause. Compte tenu de l'ensemble des traumatismes et du contexte, aucune imagerie n'avait été réalisée. Le Dr E_____ ne pouvait qu'en rester à des constatations de contusions. Il ressortait de l'ensemble du dossier que le recourant n'avait subi que de simples contusions et au maximum une entorse externe de la cheville. Rien de nouveau n'avait été démontré. Il existait des antécédents et un suivi orthopédique très anciens. S'agissant uniquement de l'évènement en cause, deux mois après celui-ci, et en l'absence d'autres précisions et d'autres explorations pertinentes le concernant, il était clair qu'il avait cessé ses effets en causalité naturelle, en vraisemblance prépondérante. Il n'y avait pas non plus matérialité argumentée pour une rechute en rapport avec les évènements antérieurement pris en charge. Le Dr D_____ n'avait pas délivré de certificat ou de constatations lors de sa consultation, mais seulement une prescription de physiothérapie et uniquement en rapport avec les antécédents complexes et compliqués du recourant. Il ne faisait pas état de nouvelles pathologies induites par l'évènement. En l'état, le Dr E_____ confirmait la stabilisation au 17 septembre 2023 dans ce dossier.

c. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai imparti.

d. Le recourant a été entendu par la chambre de céans le 2 octobre 2024.

e. Le 21 octobre 2024, l'intimée a indiqué à la chambre de céans avoir passé en revue la situation du recourant à compter de l'accident du 19 juin 2012. Le litige concernait seulement la causalité des troubles du recourant au-delà du 17 septembre 2023 en lien avec l'accident du 17 juillet 2023.

Le cas avait été soumis à nouveau au Dr E_____, qui dans une appréciation du 10 octobre 2024, avait expliqué que l'absence d'investigation particulière par le Dr K_____ à la suite de l'accident du 17 juillet 2023 témoignait d'une certaine bénignité des atteintes. L'expertise du J_____ confirmait clairement ses précédentes conclusions. L'accident du 17 juillet 2023 s'était limité à

décompenser de manière transitoire un état antérieur, sans constituer une rechute d'un précédent sinistre. Ses effets délétères avaient pris fin aux plus tard deux mois après la survenance, soit le 17 septembre 2023.

Selon l'intimée, il y avait lieu de suivre les conclusions du Dr E_____, qui devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les pièces médicales au dossier permettaient à la chambre de céans de statuer sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise médicale ou une autre mesure d'instruction. L'intimée persistait en conséquence dans ses conclusions en rejet du recours.

f. Le 18 novembre 2024, le recourant a fait valoir que l'accident du 17 juillet 2024 n'avait pas cessé de déployer ses effets délétères deux mois après sa survenance. Le Dr K_____, avait, le 4 novembre 2024, déploré que l'intimée ait mis fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au recourant le 1^{er} août 2023, du jour au lendemain, alors qu'il souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique bien compréhensible, puisqu'il avait été enterré vivant et qu'il avait vu la mort, comme le relatait l'expertise neurologique. Le recourant prenait un traitement très lourd et l'intimée ne pouvait décider d'un sevrage total et instantané sans risquer de le mettre en danger. La chambre de céans avait considéré que le médecin de l'assurance ne pouvait pas écarter le diagnostic de CRPS. Le recourant subissait des douleurs qui allaient dans ce sens, puisqu'il s'agissait d'une douleur continue et disproportionnée avec des troubles sensoriels à type d'hyperalgésie. Il subissait également des troubles moteurs à type de diminution de la mobilité, limitation d'amplitude articulaire, dysfonctionnement moteur à type de faiblesse.

Le recourant a produit plusieurs pièces à l'appui de son écriture.

g. Le 6 janvier 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le recours porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de cesser ses prestations en recourant, en lien avec son accident du 17 juillet 2023, au 17 septembre 2023.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

Un second événement accidentel, non assuré, peut donner lieu à une obligation de prêter de la part de l'assureur-accidents compétent pour le premier accident pour autant que le second constitue la conséquence adéquate du premier (ATF 148 V 356 consid. 6.2 et 6.3 et les références). L'admission de la causalité adéquate suppose, en tout cas, que l'état antérieur post-traumatique ait conduit à un risque accru d'accident (ATF 148 V 356 consid. 7.3.1).

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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 A117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

3.2 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

3.3 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances

sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

3.4 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 ; 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 U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

3.5 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 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. 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 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).

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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; 142 V 58 consid. 5.1 et les références; 139 V 225 consid. 5.2 et les références; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise

mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

3.6 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 correspond 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

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, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

4. Le 21 octobre 2024, l'intimée a passé en revue la situation du recourant à compter de l'accident du 19 juin 2012 et dit que l'objet du litige était limité à la causalité des troubles du recourant au-delà du 17 septembre 2023 en lien avec l'accident du 17 juillet 2023 uniquement.

La chambre de céans estime au contraire que l'atteinte à la santé persistante du recourant au moment de la décision querellée du 23 janvier 2024 devait également

être examinée en lien avec les accidents précédents du recourant, dans la mesure où l'atteinte persistante du recourant pouvait être un cas de rechute ou de séquelles tardives d'un précédent accident, puisque le recourant a été blessé à plusieurs reprises au genou gauche.

D'ailleurs, dans sa brève appréciation du 14 septembre 2023, le Dr E_____ l'admet puisqu'il retenait qu'en l'absence de toute investigation complémentaire, en particulier sur le genou, il n'y avait pas de matérialité pour une rechute, sans préciser toutefois de quel accident.

Le Dr E_____ a exclu que les troubles invoqués par le recourant seraient imputables au degré de vraisemblance prépondérante à l'événement du 17 juillet 2023 – ce qu'il précisait néanmoins être possible « au degré de la vraisemblance prépondérante » –, au seul motif que le Dr K_____ n'avait pas procédé à des investigations complémentaires, ce qui ne lui paraissait pas cohérent par rapport à sa description du status. Il n'indiquait pas sur quelle base il retenait que l'événement du 17 juillet 2023 avait cessé ses effets au 17 septembre 2023.

Il ressort du rapport du Dr K_____ du 4 août 2023 que les chutes subies par le recourant étaient la conséquence de l'accident du travail dont il avait été victime le 18 juin 2012. Il était selon lui impossible de considérer que la persistance de ses troubles au-delà du 17 septembre 2023 n'était plus en relation de causalité avec l'accident du 17 juillet 2023. L'intimée se fondait uniquement sur l'appréciation du Dr E_____, qui n'avait pas examiné le recourant et qui ne pouvait donc pas constater qu'il n'y avait aucune atteinte structurelle suite à l'accident du 17 juillet 2023. Le Dr K_____ considérait qu'au 4 août 2023, le recourant avait encore besoin d'un traitement, car de la morphine était nécessaire pour soulager ses douleurs, de sorte que l'intimée ne pouvait mettre fin à ses prestations au 17 septembre 2023.

La chambre de céans retient que ce rapport du Dr K_____ suffit à remettre en cause celui du Dr E_____ du 14 septembre 2023, qui ne répond pas aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Il en résulte qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au jour de la décision du 15 septembre 2023 et de la décision sur opposition du 23 janvier 2024, qui toutes deux se fondaient sur l'appréciation du Dr E_____, les troubles que le recourant présentait n'étaient plus en relation de causalité, pour le moins probable, avec l'accident du 17 juillet 2023 ou avec un de ses accidents précédents. L'intimée ne pouvait ainsi clore le cas avec effet au 17 septembre 2023.

Le recourant a fait l'objet par la suite, soit le 3 septembre 2024, d'une expertise du J_____, qui a été ordonnée dans le cadre des suites de l'accident du 3 septembre 2013.

Il résulte du rapport du J_____ que les experts n'ont pas pris en compte l'accident du recourant du 18 juillet 2023. Cela s'explique sans doute par le fait

que le recourant avait été très agressif lors de l'expertise avec un discours digressif qui n'a pas favorisé une bonne communication. L'on peut toutefois s'étonner que l'intimée n'ait pas communiqué aux experts son dossier relatif à la chute du 17 juillet 2023, dès lors que celle-ci avait atteint le genou gauche du recourant comme ses accidents précédents.

De manière consensuelle, les experts orthopédiste et neurologue ont indiqué ne pas pouvoir retenir de manière probante un CRPS et que même si cette complication secondaire était survenue, ils pouvaient affirmer qu'en l'état actuel, elle n'avait laissé aucune séquelle.

L'expert orthopédiste a indiqué, sous discussion, que « le principal » semblait être en lien avec l'événement du 19 juin 2012, qui avait probablement induit une entorse relativement importante des faisceaux ligamentaires talo-fibulaire antérieur et calcanéofibulaire, associée probablement à une déchirure du LCA du genou gauche. Le résultat avait été la nécessité de trois interventions au niveau de la cheville gauche et de six interventions au genou gauche, dont la plus importante le 2 octobre 2018, sous la forme d'une plastie du LCA. Il y avait eu ensuite une ablation du matériel d'ostéosynthèse, au niveau fémoral, puis au niveau tibial. À cela, s'étaient encore ajoutées deux interventions de résection de plica et une dernière, de nettoyage modéré cartilagineux et méniscal externe. Les experts avaient constaté que le résultat au niveau du genou semblait satisfaisant, voire bon. Cela pouvait être affirmé par le fait qu'il n'était pas inflammatoire et qu'il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire ni aucun signe de surcharge fémoro-patellaire significative. Le dernier bilan photographique de l'intervention de mai 2024 montrait peu d'atteinte cartilagineuse pour un travailleur de force âgé de 51 ans, avec des ménisques encore tout à fait corrects. Quant à la plastie, si elle semblait un peu détendue, elle paraissait encore être fonctionnelle puisque, sous narcose lors de cette intervention, l'opérateur n'avait pas obtenu de ressaut pathologique.

Malgré les déplacements de l'assuré avec une canne anglaise à gauche et une genouillère, il avait été constaté que sa musculature était tout à fait correcte et quasiment symétrique par rapport au côté controlatéral. Il ne manquait qu'un centimètre de diamètre au niveau de la cuisse gauche, ce qui était une évolution tout à fait habituelle et banale post plastie du LCA.

Concernant le CRPS, les experts avaient noté qu'il n'existait plus aucune hyperalgésie ou allodynie, ni œdème, asymétrie ou variation de la sudation et de la température d'un côté par rapport à l'autre. Il n'y avait pas non plus d'asymétrie de la coloration cutanée ni trouble trophique, tel qu'une hyperpilosité ou une asymétrie unguéale, pas plus qu'une atrophie du tissu sous-cutané. La marche, elle se faisait sans boiterie et la diminution d'amplitude n'était qu'à partir de 100° à gauche.

En conséquence, il était certain que les critères de Budapest concernant un CRPS n'étaient pas remplis et que si ce diagnostic était réellement survenu, il était guéri sans aucune séquelle.

Quand bien même les experts n'ont pas pris en compte l'évènement du 18 juillet 2023, ils ont examiné le recourant et leur rapport, qui répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, établit, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne souffrait plus d'un CRPS à la date de leur examen, le 3 septembre 2024.

Les conclusions de l'expertise du J_____ ne sont pas remises en cause par le rapport établi le 4 novembre 2024 par le Dr K_____. En effet, dans ce rapport, ce médecin contestait la fin du paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 1^{er} août 2023 selon la décision par l'intimée du 14 juillet 2023. Or cette décision est entrée en force, faute d'avoir été contestée par le recourant, qui n'a contesté que l'IPAI accordée par la suite par décision du 28 septembre 2023.

Par ailleurs, le Dr K_____ rappelait que la chambre de céans avait considéré que le médecin d'assurance ne pouvait pas écarter le diagnostic de CRPS, ce qui est exact mais incomplet, puisqu'entre temps l'expertise du J_____ s'est prononcée sur cette question, de façon probante.

Seule se pose en l'espèce la question de savoir si l'évènement du 18 juillet 2023 justifiait encore le versement de frais médicaux et d'indemnités journalières au-delà du 17 septembre 2023 ou si l'intimée doit prendre en charge ces frais sur la base d'une rechute d'un accident précédent couvert par elle.

L'attestation de La maison départementale de Saône-et-Loire des personnes handicapées du 16 octobre 2024, selon laquelle le taux d'incapacité du recourant se situait entre 50 et 80%, qui n'est pas médicale ne remet pas en cause les conclusions du J_____, pas plus que le compte rendu opératoire du 8 octobre 2024 qui concerne une intervention du Dr K_____ sans rapport avec le genou du recourant.

Enfin, le rapport établi par le Dr L_____, psychiatre, en novembre 2024, ne permet pas non plus de retenir que le recourant a droit à des prestations de l'intimée après le 17 septembre 2023. Ce rapport indique que le recourant souffrait d'un état de stress post-traumatique aigu, d'une dépression de l'humeur secondaire à cet état et d'un état douloureux chronique et qu'il n'était pas en état de travailler à la fois sur le plan physique et psychique. En effet, comme déjà indiqué, le recourant ne peut plus remettre en cause la décision du 28 septembre 2023, sous réserve de l'IPAI. Il est en outre évident que son accident du 18 juillet 2023 est sans effet sur son état psychique.

On peut ainsi retenir, sur la base de l'expertise du J_____, qu'à la date de son examen par les experts, soit le 3 septembre 2024, le recourant n'était plus atteint dans sa santé par les suites de l'accident du 17 septembre 2023, ni par une éventuelle séquelle tardive ou rechute d'un de ses accidents précédents.

5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision querellée réformée, dans le sens que le droit du recourant aux prestations de l'intimée liées à l'évènement du 17 septembre 2023 prend fin au 3 septembre 2024 et non au 17 septembre 2023.

Une indemnité de CHF 1'500.- sera allouée au recourant pour ses dépens, à la charge de l'intimée.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision querellée dans le sens que le droit du recourant aux prestations de l'intimée liées à l'évènement du 17 septembre 2023 prend fin au 3 septembre 2024 et non au 17 septembre 2023.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à la charge de l'intimée.
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

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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