

GE_GERICHTE ATAS/155/2024 vom 8. März 2024

GE Cour de justice, 2024-03-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_155_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/155/2024 du 8 mars 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/155/2024 del 8 marzo 2024

Erwägungen

E. 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

A/1700/2023 - 11/23 - 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.

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 16 mai 2023) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 1.3

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévu par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 8 avril 2022, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles invoqués (genoux et lombalgies) et l'accident du 28 août 2014.

E. 3.1

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date (le 28 août 2014), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3.2

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on

entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

A/1700/2023 - 12/23 -

E. 3.3

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

E. 3.3.1

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 3.3.2

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans

le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui

A/1700/2023 - 13/23 - invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

E. 3.3.3

En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le statu quo sine est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

E. 3.3.4

En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).

E. 3.3.5

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) ■ dont notamment les fractures (let. a) et les déchirures de tendons (let. f) ■ en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêts du Tribunal fédéral 8C_110/2016 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 ; U.162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2). Les fractures au sens de l'art. 9 al. 2 let. a OLAA visent les fractures des os, à l'exclusion des fractures de dents (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire (avec des aspects de l'assurance militaire) in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit, 2016, n. 141). Les élongations du tendon ne sont pas des « déchirures du tendon » au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA aussi longtemps qu'une rupture partielle du tendon n'est pas établie (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, ibidem ; ATF 114 V 298 consid. 5).

A/1700/2023 - 14/23 -

E. 3.4

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 4.1

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

E. 4.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

E. 4.3

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).

A/1700/2023 - 15/23 -

E. 4.3.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465

consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 4.3.2

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 4.3.3

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 5

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

A/1700/2023 - 16/23 -

E. 5.1

Le recourant présentait-il un état maladif antérieur au 28 août 2014 ? Dans l'affirmative, lequel ?

E. 5.2

Quels ont été les diagnostics révélés suite à l'accident du 28 août 2014 ? Lesquels correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA (soit les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les

élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments, les lésions du tympan) ?

E. 5.3

S'agissant des diagnostics correspondant à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :

E. 5.3.1

Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.

E. 5.3.2

L'accident du 28 août 2014 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?

A/1700/2023 - 21/23 -

E. 5.3.3

En particulier, l'intervention du genou gauche le 19 février 2015 était-elle nécessitée par l'accident précité, par une pathologie malade ou par un état pré-existant à l'accident ? Dans quelle mesure ?

E. 5.3.4

L'intervention du genou gauche le 14 juin 2017 était-elle nécessitée par l'accident du 28 août 2014, par une pathologie malade ou par un état pré-existant à l'accident ? Dans quelle mesure ?

E. 5.3.5

Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 28 août 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

E. 5.3.6

L'accident du 28 août 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?

E. 5.3.7

À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé de l'assuré (« statu quo sine » - moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire - ou « statu quo ante » - moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident - atteint) ?

E. 5.3.8

Dans le cas où l'accident du 28 août 2014 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle et/ou dans une activité adaptée (veuillez préciser le domaine) ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?

E. 5.4

S'agissant des diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :

E. 5.4.1

L'accident du 28 août 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition sine qua non) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?

E. 5.4.2

En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du genou gauche le 19 février 2015 sont-elles dues à l'accident du 28 août 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ?

E. 5.4.3

Les atteintes ayant nécessité l'intervention du genou gauche le 14 juin 2017 sont-elles dues à l'accident du 28 août 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ?

A/1700/2023 - 22/23 -

E. 5.4.4

Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 28 août 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

E. 5.4.5

L'accident du 28 août 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?

E. 5.4.6

À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?

E. 5.4.7

S'agissant des atteintes ayant un lien de causalité probable ou certain avec l'accident du 28 août 2014, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail dans l'activité habituelle et/ou dans une activité adaptée (veuillez préciser le domaine) ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ? Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ? 6 Traitement

E. 6

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en

principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 6.1

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

E. 6.2

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

E. 6.3

Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

E. 6.4

Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ?

E. 7

Atteinte à l'intégrité

E. 7.1

La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident ?

E. 7.2

Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la CNA ?

E. 7.3

Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50 %) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité

A/1700/2023 - 23/23 -

E. 7.4

Il n'est pas nécessaire, à ce stade, de procéder à l'audition du Dr E_____, orthopédiste traitant, ni d'entendre oralement le recourant qui s'est exprimé par écrit, ni de solliciter l'apport du dossier AI du recourant, puisque, d'une part, ce dossier, pour l'essentiel, est constitué des pièces que l'intimée a communiquées à l'OAI à la demande de cette autorité (dossier intimée pièces 148, 179, 192, 214, 224), et d'autre part, l'OAI, à l'inverse de l'intimée, n'examine pas la question ici déterminante du lien de causalité entre les affections

du recourant et l'accident (cf. art. 4 de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI - RS 831.20]). En ce qui concerne les rapports de l'orthopédiste traitant postérieurs au 3 juin 2019, notamment le rapport du 31 octobre 2019 relatif à une opération pratiquée la veille sur le genou et la cheville droits (qui n'est pas inclus dans le dossier de

A/1700/2023 - 19/23 - l'intimée) et les rapports d'IRM « récents à l'époque » dont fait référence la chambre de céans dans un arrêt de renvoi du 20 juillet 2020 opposant le recourant à l'OAI (ATAS/602/2020 ; cf. acte de recours p. 7-8) à la suite duquel l'OAI a rendu la décision du 11 janvier 2021, le recourant est invité à les requérir auprès de son orthopédiste traitant et à les transmettre à la chambre de céans pour qu'elle puisse les communiquer tant à l'intimée qu'à l'expert judiciaire.

A/1700/2023 - 20/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____. La confie au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier de la hanche et du genou. II. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire prendre tous renseignements et/ou requérir tous rapports médicaux auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment le docteur E_____. C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants : 1. Anamnèse détaillée 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostic(s) précis 5. Causalité

E. 8

Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 8.1

Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr D_____ du 18 décembre 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés, la date de la stabilisation de l'état de santé, l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 0% dans l'activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles, et le taux de l'atteinte à l'intégrité de 7% ? Si non, pourquoi ?

E. 8.2

Êtes-vous d'accord avec le rapport du Dr F_____ du 13 mars 2021 et son complément du 6 octobre 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés et son appréciation concernant la causalité (naturelle) entre les atteintes de la personne expertisée et l'accident du 28 août 2014 ?

E. 8.2.1

Les troubles présentés par l'assuré au genou droit sont-ils en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident précité ? Existe-il un lien de causalité naturelle (indirecte) entre les troubles au genou et la cheville droits et la boiterie chronique gauche dont se plaint (plaignait) l'assuré ? Les atteintes ayant nécessité l'intervention du genou droit le 5 décembre 2018 et celle dudit genou et de la cheville droite le 30 octobre 2019 sont-elles dues à l'accident du 28 août 2014 et/ou à cette boiterie chronique gauche d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ?

E. 8.2.2

Les troubles présentés au rachis lombaire sont-ils en lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident précité ? L'« origine multifactorielle » des lésions mentionnées sur l'IRM lombaire du 3 septembre 2018 se rapporte-t-elle à l'accident du 28 août 2014 ? Existe-il un lien de causalité naturelle (indirecte) entre les lombalgies et la boiterie chronique gauche dont se plaint (plaignait) l'assuré ?

E. 9

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans un délai de quatre mois auprès de la chambre de céans. F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Sylvie CARDINAUX

La présidente

Eleanor McGREGOR Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.