

# **GE\_GERICHTE ATAS/691/2024 vom 13. September 2024**

GE Cour de justice, 2024-09-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_691\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_691_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/691/2024 du 13 septembre 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/691/2024 del 13 settembre 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 8 mars 2024. Il suffit d'y renvoyer.

### **E. 1.2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **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 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).

### **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

A/1700/2023 - 13/21 - 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 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

A/1700/2023 - 14/21 - 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).

#### **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).

A/1700/2023 - 15/21 -

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

#### **E. 4.3**

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

#### **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

A/1700/2023 - 16/21 - 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).

#### **E. 6.1**

En l'espèce, l'intimée a supprimé les prestations d'assurance avec effet ex nunc et pro futuro à partir du 8 avril 2022, en s'appuyant sur le rapport d'expertise orthopédique du 13 mars 2021 et son complément du 6 octobre 2021. Cette expertise administrative a toutefois été jugée non probante par la chambre de céans par ordonnance du 8 mars 2024, de sorte qu'une expertise judiciaire a été ordonnée. Le rapport d'expertise judiciaire du 3 juin 2024, établi

par un spécialiste de la discipline médicale ici pertinente (chirurgie orthopédique, en particulier de la hanche et du genou), comprend l'anamnèse, les données objectives du dossier, soit les pièces médicales, y compris radiologiques (de même que celles fournies par le recourant), les données subjectives du recourant, l'examen clinique (et donc les constatations objectives), ainsi qu'une discussion du cas. L'expert s'est également déterminé sur les avis médicaux au dossier, en particulier sur ceux des médecins d'arrondissement de l'intimée ainsi que sur celui de l'expert administratif. Les conclusions de l'expert judiciaire sont claires et bien motivées. En l'absence de rapport médical les remettant en cause, elles emportent la conviction. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Sur le fond, l'expert judiciaire a posé, en lien de causalité avec l'accident du 28 août 2014, les diagnostics de contusion du genou gauche et de traumatisme du massif facial avec fracture des os du nez et multiples avulsions dentaires. Les diagnostics, sans lien de causalité avec cet accident, étaient : - au niveau du genou gauche, une tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante, un status post-excision d'une entésopathie calcifiante du tendon rotulien proximal, débridement d'une tendinopathie chronique et suture du tendon rotulien le 19 février 2015, une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, et un status post- reprise d'excision d'entésopathie calcifiante du tendon rotulien proximal, bursectomie, dénervation hémicirconférentielle de la rotule et résection de plica le 14 juin 2017 ; - au niveau du genou droit, une tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante, un status post-suture de la corne postérieure du ménisque interne, status post-résection partielle du ménisque externe,

A/1700/2023 - 17/21 - chondroplastie du condyle fémoral interne, résection d'une plica et de corps libres associée à une synovectomie le 5 décembre 2018, et un status post- reprise arthroscopique avec résection partielle du ménisque interne et externe, dénervation de la patella, débridement cartilagineux le 30 octobre 2019 ; - au niveau du rachis lombaire, une discopathie dégénérative L5-S1 et L4-L5 ; - au niveau de la cheville gauche, une tendinopathie calcifiante du tendon d'Achille ; et - au niveau de la cheville droite, un status post-kystes arthro-synoviaux développés aux dépens de l'articulation talo-crural, associés à une tendinite des tendons péroniers, et un status post-plastie de bolstrom gould, débridement cartilagineux tibiotalien, levée de conflit, ablation de kystes arthrosynoviaux le 30 octobre 2019. L'expert judiciaire a comparé les clichés radiologiques du genou gauche d'octobre 2012 avec ceux d'août 2014, et constaté qu'en 2012, soit avant l'accident, il y avait déjà des irrégularités au niveau de l'extrémité distale du tendon rotulien, mal définies, évocatrices d'un début de tendinopathie calcifiante, sans défaut d'ossification secondaire qui serait compatible avec une maladie de Sinding- Larsen-Johansson. Sur la base de cette radiographie de 2012, il excluait avec certitude le diagnostic de maladie de Sinding-Larsen-Johansson. La radiographie du 28 août 2014 mettait en évidence le développement d'un épéron rotulien au niveau de l'extrémité distale de la rotule, correspondant à une entésopathie calcifiante du tendon rotulien, c'est-à-dire une inflammation chronique du tendon rotulien aboutissant à sa calcification. Le fragment osseux, noyé dans le tendon rotulien, était parfaitement corticalisé excluant une fracture aiguë. Il s'agissait d'une image typique d'un ilot condensant d'entésopathie calcifiante voué, dans les années suivantes, à se rattacher à l'épéron par progression de la calcification de cette entésopathie inflammatoire. Ces constatations étaient raccord avec l'IRM du genou gauche du 15 septembre 2014, réalisée moins de trois semaines après l'événement : le fragment osseux (qui était un ilot condensant d'entésopathie calcifiante) ne présentait aucun

hypersignal en son sein, alors qu'une fracture fraîche aurait montré un volumineux hypersignal T2 en son sein. Par contre, était relevé un petit hypersignal dans le tendon rotulien, entre l'éperon et cet îlot condensant, compatible avec une tendinopathie chronique et s'incluant parfaitement dans ce diagnostic d'entésopathie calcifiante. L'expert judiciaire a exposé que, si dans le protocole opératoire du 19 février 2015, le diagnostic retenu était celui de « fracture d'un éperon rotulien distal avec rupture partielle du tendon rotulien gauche », l'intervention chirurgicale avait en revanche consisté en l'excision d'une calcification et de l'ossification, associée à un débridement tendineux. Or, la calcification, l'ossification et le débridement osseux étaient des notions étrangères à une fracture, à l'inverse d'une excision de fragment osseux libre secondaire à une pseudarthrose. L'intitulé opératoire était

A/1700/2023 - 18/21 - donc compatible avec celui de l'excision d'une entésopathie calcifiante. La réinsertion du tendon rotulien proximal s'expliquait par le fait qu'en cas d'excision d'une entésopathie calcifiante dans le contexte de tendinopathie chronique du tendon rotulien, une partie du tendon rotulien était détachée, puis rattachée. Du reste, la prescription de physiothérapie du 14 juillet 2015 mentionnait un status post-cure de tendinopathie du genou gauche, soit un diagnostic compatible avec celui posé par l'expert judiciaire, mais incompatible avec le traitement d'une pseudarthrose. Le diagnostic d'entésopathie calcifiante du tendon rotulien gauche proximal était renforcé par le fait que l'opération du 19 février 2015 n'avait pas apporté d'amélioration. Une prise en charge chirurgicale d'une fracture du pôle inférieur de la rotule avec pseudarthrose aboutissait en général à de bons résultats dans les deux à trois mois, à l'inverse des chirurgies dans le contexte de tendinopathie chronique avec calcification. In casu, une deuxième intervention chirurgicale avait été effectuée le 14 juin 2017 avec un émondage, c'est-à-dire la résection de l'entésopathie calcifiante rattachée au pôle inférieur de la rotule dans le tendon rotulien, associé à une bursectomie, à nouveau sans aucune amélioration. L'expert judiciaire a relevé que les appréciations des médecins d'arrondissement de l'intimée ne comportaient aucune discussion des pièces radiologiques ni des diagnostics erronés figurant au dossier (qu'ils reprenaient simplement), et elles n'étaient pas non plus motivées en ce qui concernait le lien de causalité. Le diagnostic de limitation fonctionnelle du genou gauche retenu lors de l'examen final de l'assuré le 6 décembre 2017 n'en était pas un. Il s'agissait tout au plus d'une constatation. Pour ces raisons, les appréciations de ses confrères ne pouvaient pas être suivies. Il en a conclu que l'accident du 28 août 2014 avait entraîné une contusion du genou gauche s'inscrivant dans un contexte de tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante. Pour une contusion, le statu quo sine était fixé au plus tard à trois mois de l'événement, soit au 28 novembre 2014. Les opérations entre février 2015 et juin 2017 relevaient strictement du status antérieur à type de tendinopathie chronique du tendon rotulien avec entésopathie calcifiante, laquelle n'avait pas été aggravée par l'événement litigieux, mais seulement révélée au moment des opérations. La symptomatologie plaintive au-delà de fin 2014 était strictement liée à cette tendinopathie, et dans une moindre mesure à la méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, antérieure à l'événement. En ce qui concernait les lombalgies, apparues à l'été 2018, l'« origine multifactorielle » des atteintes dégénératives mise en évidence sur l'IRM du 3 septembre 2018 se rapportait à des éléments radiologiques. Le rétrécissement foraminaux révélés sur cette imagerie était due d'une part à la discopathie dégénérative à base large en avant et d'autre part à l'arthrose facettaire débutante

A/1700/2023 - 19/21 - en arrière. Le lien de causalité entre la symptomatologie lombaire, survenue près de quatre ans après l'accident, et ce dernier était exclu. S'agissant de la boiterie, le lien de causalité était également exclu, en l'absence notamment de syndrome radiculaire. Quant à la symptomatologie au genou droit, le recourant s'en plaignait depuis février 2016, plus d'une année et demi après l'événement. Or, lors de l'examen par le médecin d'arrondissement le 25 mai 2016, ainsi que lors du séjour à la CRR entre juillet et août 2016, aucune boiterie n'avait été constatée. En l'absence de traumatisme sur ce genou le 28 août 2014 et en l'absence de toute symptomatologie plaintive jusqu'à février 2016, le lien de causalité avec l'accident du 28 août 2014 était tout au plus possible, voire exclu. Pour ce qui était de la cheville droite, la symptomatologie n'était survenue que fin 2015. L'IRM du 10 décembre 2015 ne révélait aucune lésion d'allure traumatique aiguë, mais une entésopathie calcifiante au niveau du tendon d'Achille, pathologie similaire à celle ayant atteint le tendon rotulien, associée à des kystes arthro- synoviaux développés aux dépens de l'articulation talo-naviculaire. Il s'agissait de pathologies d'ordre strictement inflammatoire et dégénérative. Il résulte de ce qui précède que seule la contusion au genou gauche était imputable à l'accident du 28 août 2014, ce jusqu'au 28 novembre 2014. Les autres lésions au rachis lombaire ainsi qu'aux membres inférieurs des deux côtés dont s'est plaint le recourant pour la première fois entre fin décembre 2015 et l'été 2018 résultaient exclusivement de maladies antérieures qui n'avaient pas pu être décompensées par l'évènement assuré. Les arguments avancés par le recourant dans ses observations du 26 août 2024 ne permettent pas de s'écarter des conclusions étayées de l'expert judiciaire. En effet, contrairement à ce que prétend le recourant, il était bel et bien assisté d'une interprète en langue espagnole, sa langue maternelle (rapport d'expertise judiciaire p. 6, 26 et 46 ; convocation de l'interprète du 9 avril 2024 par la chambre de céans). Dans la mesure où la question d'un éventuel lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé invoquées est tranchée sur la base de renseignements d'ordre médical, il n'est pas nécessaire que le recourant complète ses déclarations sur la manière dont son genou gauche a été affecté lors de sa chute. En l'absence de tout lien de causalité entre l'accident et l'atteinte au genou gauche au-delà du 28 novembre 2014 comme relevé supra, tout rapport de causalité naturelle indirecte entre l'accident et les troubles au genou et la cheville droits, la boiterie chronique gauche et les lombalgies - apparus entre fin décembre 2015 et l'été 2018 - est exclu. Pour le même motif, il n'est plus pertinent de savoir si les traitements que le recourant a suivis postérieurement au 28 novembre 2014 pouvaient améliorer ou non son état de santé. Ainsi, il était inutile que l'expert judiciaire se prononce sur l'incapacité de travail du recourant et sur le taux de l'atteinte à l'intégrité. Enfin, l'expert judiciaire n'était pas non plus tenu de prendre

A/1700/2023 - 20/21 - en compte l'(éventuelle) atteinte psychique du recourant, puisqu'aucun médecin ayant examiné ce dernier n'avait jusqu'ici considéré qu'une telle atteinte serait liée à l'évènement accidentel, étant rappelé que, dans l'arrêt de renvoi du 6 février 2020, la chambre de céans a enjoint l'intimée de mettre en œuvre une expertise sur le plan orthopédique exclusivement.

## **E. 6.2**

En conséquence, l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 5 avril 2023, à supprimer le droit du recourant à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières avec effet ex nunc et pro futuro (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Il sera relevé que, par l'arrêt de renvoi du 6 février 2020, la chambre de céans a annulé la

décision sur opposition du 13 décembre 2018 par laquelle l'intimée avait mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à compter du 1er avril 2018, et renvoyé le dossier à celle-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans ses considérants, la chambre de céans a retenu que l'examen du droit à la rente effectué par l'intimée l'avait été prématurément, car il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, si la capacité de travail du recourant pouvait ou non être améliorée de manière significative au 13 décembre 2018, respectivement au 1er avril 2018. Il s'ensuit que le droit à la rente du recourant n'a pas été tranché définitivement par cet arrêt. À l'issue de l'instruction complémentaire, l'intimée pouvait donc revenir sur le droit à cette prestation. Dans ce cadre, en l'absence de tout lien de causalité entre les troubles invoqués par le recourant et l'accident du 28 août 2014 au-delà du 28 novembre 2014, pour les motifs exposés supra, force est de conclure que le recourant ne peut prétendre l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. En conséquence, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), est-il superflu d'instruire davantage ce dossier.

#### **E. 7**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Les frais de l'expertise judiciaire seront laissés à la charge de l'État. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/1700/2023 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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