

# **GE\_GERICHTE ATAS/92/2020 vom 6. Februar 2020**

GE Cour de justice, 2020-02-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_92\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_92_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/92/2020 du 6 février 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/92/2020 del 6 febbraio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

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 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 29 janvier 2019 est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 13 décembre 2018.

### **E. 4.2**

; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire

A/383/2019 - 12/21 - dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien.

### **E. 6**

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a

recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

#### **E. 7**

Selon l'art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. D'après la jurisprudence, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 consid.

#### **E. 8**

Il sied à présent d'examiner si l'intimée pouvait, en date du 6 septembre 2018, statuer sur le droit à la rente.

#### **E. 9**

a. Selon l'art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014

A/383/2019 - 13/21 - du 16 mars 2015 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

#### **E. 10**

a. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPG). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). 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 ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

A/383/2019 - 14/21 - 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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1).

## **E. 11**

a. Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions

posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). b. En cas de rechute, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage post hoc ergo propter hoc, lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

## **E. 12**

a. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance prépondérante, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1). À cet égard, la jurisprudence considère que 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_560/2017 du 13 mai 2018 consid. 4.2).

A/383/2019 - 15/21 - b. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3 et U 50/99 du 28 juin 2001 consid. 3a). c. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1). En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

## **E. 13**

a. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

#### **E. 14**

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. a. 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

A/383/2019 - 16/21 - 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). b. 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), 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). c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2) d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 15**

En l'occurrence, l'intimée considère qu'elle pouvait se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et mettre ainsi un terme au paiement du traitement médical et des indemnités journalières pour le 31 mars 2018. Son appréciation est

A/383/2019 - 17/21 - fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement qui a retenu en substance, dans son rapport du 6 décembre 2017, que l'état de santé du recourant était stabilisé et que les limitations fonctionnelles étaient définitives. De son côté, le recourant estime que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'une amélioration de sa situation ne peut ainsi pas être exclue en cas de suivi d'un traitement adéquat.

#### **E. 16**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 112 V 70 consid. 4), soit ici la décision sur opposition du 13 décembre 2018. C'est donc l'état de fait existant à cette date qui doit être pris en considération.

#### **E. 17**

En l'espèce, la chambre de céans observe qu'au moment de rendre la décision querellée, le SUVA ne disposait pas du rapport d'IRM du genou gauche du 20 février 2018, mettant en évidence, depuis l'IRM du genou gauche du 3 avril 2017, « l'apparition nouvelle » de signes de tendinite fissuraire de la partie distale et externe du tendon rotulien distal. Selon l'index des pièces du dossier de la SUVA figure uniquement audit dossier une ordonnance pour IRM du genou gauche « prévue pour le 20.2.2018 », datée du 6 février 2018 et réceptionnée le 14 février suivant. En vertu de la maxime inquisitoire (art. 43 al. 1 LPG), la SUVA aurait donc dû de s'enquérir du résultat de cet examen, dont elle avait eu connaissance, avant de rendre sa décision initiale du 6 septembre 2018, respectivement sa décision sur opposition du 13 décembre suivant. En effet, l'apparition de signes de tendinite sur le genou gauche constituait a priori un indice que l'état de santé de l'assuré n'était toujours pas stabilisé au moment déterminant de la décision litigieuse. A cela s'ajoute que, dans un certificat du 4 septembre 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé, quant à lui, que la situation médicale de son patient n'était pas stabilisée. D'un autre côté, effectuée quelques semaines seulement après l'examen final du Dr F\_\_\_\_\_ du 6 décembre 2017, l'IRM du 20 février 2018 paraît infirmer les conclusions contraires de ce dernier, selon lesquelles l'état de l'assuré était stabilisé. A cet égard, l'argument du médecin d'arrondissement à l'appui de ce constat – « trois ans après l'accident initial » du 28 août 2014 - n'apparaît pas suffisamment motivé, faute en particulier d'être étayé par de la littérature médicale. Cet argument apparaît d'autant moins convaincant en l'occurrence que, lors de son précédent examen du 1er septembre 2017, également intervenu « trois ans après l'accident initial », ce même médecin avait conclu que l'état n'était pas stabilisé. Le Dr F\_\_\_\_\_ n'explique du reste pas ce qui justifie cette appréciation différente après un intervalle de trois mois

seulement. A cela s'ajoute que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 10 novembre 2017 (mentionné dans le rapport du médecin d'arrondissement du 6 décembre 2017, mais ne figurant pas au dossier soumis à la chambre de céans) faisait état d'un épanchement intra-articulaire au genou gauche,

A/383/2019 - 18/21 - lequel faisait alors toujours l'objet d'un traitement antalgique, selon le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2017.

#### **E. 18**

C'est le lieu d'observer que, dans sa déclaration d'accident-bagatelle LAA du 18 février 2016, l'assuré avait déjà signalé à la SUVA que, suite à l'accident du 28 août 2014, il devait, désormais, solliciter davantage la jambe droite, ce qui avait entraîné une inflammation au genou droit. On ne peut dès lors exclure, en l'état du dossier, et en l'absence d'un avis médical circonstancié sur ce point, tout lien de causalité naturelle entre ledit accident et les gonalgies au genou droit, contrairement à ce qu'a affirmé péremptoirement la SUVA dans la décision litigieuse. Il en va de même de l'affection lombaire mise en évidence dans l'IRM du 3 septembre 2018, dont l'origine, décrite comme multifactorielle (et non pas uniquement dégénérative, comme semble l'avoir retenu la SUVA dans la décision entreprise), n'exclut pas en soi, qu'elle soit en relation de causalité naturelle, serait-ce partiellement, avec l'accident du 28 août 2014. Dans ce contexte, on relèvera que le Tribunal fédéral a considéré qu'un mauvais appui en raison d'une blessure au pied ou à la jambe ou encore un raccourcissement de la jambe, etc. pouvaient entraîner des douleurs au dos, pouvant être qualifiées de séquelles accidentelles indirectes (RAMA 2003 n°U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2, arrêt du Tribunal fédéral U 522/06 du 12 octobre 2007 consid. 5.1). Notre Haute Cour a également considéré que les symptômes d'un mauvais appui en tant que séquelle indirecte d'un accident pouvaient apparaître tardivement (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C\_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 303/06 consid. 6.2.1 ; ATAS/478/2016 du 21 juin 2016 consid. 7b).

#### **E. 19**

A cela s'ajoute que l'assuré, par courrier de son avocate du 14 décembre 2018, avait annoncé à la SUVA qu'après son opération au genou droit du 5 décembre 2018, il devrait à nouveau se faire opérer du genou gauche au début de l'année 2019, même s'il n'apparaît pas qu'une telle intervention ait effectivement été pratiquée cette année-là. A noter que, dans son certificat du 25 mai 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ mentionne qu'une nouvelle opération est « à prévoir », sans que l'on puisse déterminer avec certitude de quel genou il s'agit, même s'il est fait état d'une incapacité de travail dès le 5 décembre 2018, correspondant à la date de l'intervention sur le genou droit.

#### **E. 20**

Certes, conformément à son obligation de collaborer (art. 43 al. 3 LPGA), il eût appartenu au recourant de communiquer spontanément à la SUVA, sitôt reçu, le rapport d'IRM du genou gauche du 20 février 2018. L'assureur aurait ainsi pu prendre la décision litigieuse en toute connaissance de cause. Or, bien qu'assisté d'une avocate depuis le 8 février 2017, celui-ci n'a produit ce document qu'au stade du présent recours, à l'appui de ses déterminations du 9 septembre 2019, de surcroît sans fournir d'explication quant aux raisons de ce retard. Pour autant, cela n'exonère pas l'assurance de son obligation de constater les faits de manière complète, son devoir d'instruction s'étendant jusqu'à ce que les

faits nécessaires à

A/383/2019 - 19/21 - l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

#### **E. 21**

Force est ainsi de constater que, faute d'avoir disposé d'un rapport d'IRM du genou gauche du 20 février 2018 avant de rendre sa décision sur opposition du 13 décembre 2018, la SUVA a statué sur la base d'un dossier incomplet. De même, le dossier ne contient aucune appréciation médicale des rapports d'IRM de la colonne lombaire et du genou droit du 3 septembre 2018, respectivement sur l'existence d'un lien de causalité entre ces affections et l'accident du 28 août 2014. Or, conformément à la jurisprudence, il eût incombé à l'intimée de soumettre ces documents pour avis à son médecin d'arrondissement (cf. ci-dessous, consid. 13a). A noter que l'on ne saurait accorder une valeur probante déterminante au rapport de la CRR du 9 septembre 2016, concluant à « une stabilisation médicale » dans les six semaines, soit à fin octobre 2016. En particulier, on ne saisit pas pour quels motifs les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant ne s'expliqueraient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et pour quels motifs des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis le mois d'août 2014) joueraient à cet égard un rôle plus important, influençant défavorablement le retour au travail (cf. dans ce sens arrêt ATAS/478/2016 du 21 juin 2016 consid. 64).

#### **E. 22**

Cela étant, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige, singulièrement pour déterminer si, à la date déterminante de la décision litigieuse du 13 décembre 2018, respectivement au 1er avril 2018, l'état de santé du recourant était stabilisé, respectivement pour évaluer sa capacité de travail résiduelle et ses limitations fonctionnelles correspondantes. De même, la question d'un éventuel lien de causalité entre l'accident du 28 août 2014 et les atteintes mises en évidence dans l'IRM du genou gauche du 20 février 2018, les IRM du genou droit et de la colonne lombaire du 3 septembre 2018, respectivement la question d'un éventuel retour à un statu quo ante vel sine, n'ont fait l'objet d'aucune instruction approfondie. Autrement dit, en l'état du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, si, au 13 décembre 2018, respectivement au 1er avril 2018, il y avait lieu, ou non, d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail. Partant, et afin de ne pas priver le recourant du bénéfice d'une double instance, il conviendra de renvoyer la cause à la SUVA pour qu'elle mette en oeuvre une expertise orthopédique. Il appartiendra en particulier à l'expert de se prononcer, - après avoir requis l'avis de l'orthopédiste traitant -, sur la question de savoir si, au moment de rendre la décision litigieuse du 13 septembre 2018, respectivement au 1er avril 2018, la capacité de travail de l'intéressé pouvait, ou non, être améliorée de manière significative.

A/383/2019 - 20/21 - S'il est avéré que plus aucune mesure thérapeutique n'était susceptible d'améliorer significativement l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré, il appartiendra alors à la SUVA de statuer sur le droit à la rente. Afin de déterminer le degré d'invalidité avec toute la précision voulue, il incombera à l'intimée, le cas échéant, d'interpeller l'OAI sur le revenu sans invalidité de l'assuré. En effet, dans la décision

litigieuse, la SUVA a retenu un montant CHF 70'104.-, alors que l'OAI a pris en compte un montant de CHF 71'842.- (cf. projet de décision du 16 juillet 2018).

**E. 23**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 13 décembre 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimée.

**E. 24**

Le recourant, représenté par une avocate, et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de procédure, réduite, à titre de participation à ses frais et dépens, fixée à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03] ; ATF 126 V 11 consid. 2).

**E. 25**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/383/2019 - 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.