

# **GE\_GERICHTE A/699/2024 vom 14. Mai 2025**

GE Cour de justice, 2025-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_699\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_699_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/699/2024 du 14 mai 2025

IT: GE\_GERICHTE A/699/2024 del 14 maggio 2025

## **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 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**

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

### **E. 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.

### **E. 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 prester 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).

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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 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. 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).

### **E. 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).

#### **E. 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 hyper pilosité 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<sup>er</sup> 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.

#### **E. 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 :**

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