

GE_GERICHTE ATAS/654/2021 vom 22. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_654_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/654/2021 du 22 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/654/2021 del 22 giugno 2021

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 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 3

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 après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 à compter du 1er janvier 2017.

E. 4

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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 26 novembre 2017, singulièrement sur la question de savoir si les troubles au genou droit à compter de cette date sont en lien de causalité avec l'accident du 8 février 2017.

E. 6

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 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et

les références).

A/159/2020 - 13/22 - 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. 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.

E. 7

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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du

A/159/2020 - 14/22 - Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

E. 8

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 et ATF 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 et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 9

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, ATF 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 des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 10

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). 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). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

A/159/2020 - 15/22 - 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 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). c. 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). 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 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). d. 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

A/159/2020 - 16/22 - 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. 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; ATF 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. 11

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, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

E. 12

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

A/159/2020 - 17/22 - 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, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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 corresponde 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). 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. 13

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 14

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

A/159/2020 - 18/22 - 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. 15

En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 8 février 2017, se blessant au genou. Il n'a pas immédiatement consulté. En août 2017 a été effectuée une IRM, laquelle a mis en évidence une lésion radiaire du ménisque interne dans sa partie postérieure. L'intimée a initialement pris en charge le traitement médical. En octobre 2018, le recourant a annoncé une rechute survenue en juillet 2018. En mars 2019, il a également annoncé un nouvel accident s'étant produit le 8 février 2019. Bien que deux dossiers distincts aient été ouverts par l'intimée, il convient de traiter ces cas simultanément, ceux-ci ayant tous deux trait à la question de savoir jusqu'à quand l'intimée doit prester pour les lésions au genou gauche du recourant, soit de déterminer la date à laquelle un éventuel statu quo ante peut être retenu. Dans la décision entreprise, l'intimée a indiqué avoir admis l'existence d'un accident le 8 février 2017, mais a contesté l'existence d'un lien de causalité entre les troubles au genou gauche présentés par le recourant et les événements des 8 février 2017 et 2019 et retenu que le statu quo ante était fixé à deux mois après l'événement de février 2017. Pour ce faire, l'intimée s'est principalement fondée sur l'appréciation du Dr G_____ du 21 novembre 2019, selon laquelle le ménisque du recourant présentait des signes dégénératifs, la déchirure radiaire, dans sa morphologie et son évolution, montrant clairement un caractère dégénératif. Le recourant conteste cette position en se fondant quant à lui sur l'avis du Dr K_____, qui estime que la déchirure s'était produite en tissu méniscal sain, et que, s'il existait des altérations du signal sur la portion médiale du ménisque qui pourraient être qualifiées de dégénératives, elles n'étaient pas partie prenante de la déchirure radiaire. Selon le Dr K_____, la pathologie du genou et son traitement découlent de l'événement traumatique initial. L'intimée a soumis l'appréciation du Dr K_____ à la Dresse L_____, laquelle soutient la thèse du Dr G_____. Le recourant a pour sa part complété le dossier avec une lettre du Prof. M_____. Ces divers avis médicaux sont contradictoires. Le Dr

K_____ a considéré, en examinant les images des IRM de 2017 et 2018, que l'on est en présence d'une déchirure radiaire, au voisinage de laquelle il n'y a pas d'image de lésion méniscale dégénérative. Le tissu méniscal est selon lui homogène, démontrant que la déchirure, qui s'est élargie entre 2017 et 2018, s'est produite en tissu méniscal sain. Il a également constaté la présence d'altérations de signal sur la portion médiale du ménisque, qu'il qualifie de dégénératives, mais

A/159/2020 - 19/22 - estimé que ces altérations ne sont pas partie prenante de la déchirure radiaire. Se référant à la littérature médicale, le Dr K_____ a noté que les déchirures radiaires sont considérées comme étant en général le résultat d'un traumatisme et survenant chez des patients actifs physiquement et généralement jeunes. Les lésions traumatiques sont considérées comme étant, de manière prépondérante, le résultat d'un événement spécifique, événement qui a eu lieu dans le cas du recourant. Selon lui, la déchirure radiaire observée sur les images des IRM de 2017 et 2018 s'est élargie, et lesdites images permettent de constater la conservation du cartilage tibial et fémoral du compartiment interne. Or, la présence d'une arthrose aurait impliqué la perte d'épaisseur du cartilage. Il retient enfin que le recourant présente effectivement une morphologie des membres inférieurs en varus, vraisemblablement responsable des images de lésion dégénérative périphérique, mais que la déchirure radiaire n'est pas localisée au niveau de la lésion dégénérative. Fort de ces explications, le Dr K_____ considère que la déchirure radiaire est nouvelle. S'agissant de l'opération effectuée, elle a selon lui été réalisée en relation directe avec la déchirure radiaire de la corne postérieure, et non en raison des lésions dégénératives du recourant. Partant, la pathologie du genou et son traitement découlent selon lui de l'événement traumatique initial. À l'instar du Dr K_____, le Prof. M_____ a retenu que la déchirure radiaire du ménisque interne du recourant est une lésion traumatique, justifiant le geste de suture en vue de sauvegarder du tissu méniscal postérieur. Il a également relevé que le genou gauche du recourant présente une zone de calcification, appelée chondrocalcinose. Il en a conclu que le recourant présente un début de gonarthrose fémorotibiale interne gauche qui s'est décompensée lors du traumatisme qui a causé la déchirure radiaire de son ménisque interne. De même, le Dr E_____, dans son rapport du 29 avril 2019, a soutenu que la symptomatologie du recourant est d'origine accidentelle. À l'inverse, la Dresse L_____ a retenu que le recourant présente une atteinte complexe interne, démontrée par les images d'IRM, qui mettent en évidence une corne antérieure distinguable, mais irrégulière, et une corne postérieure grise mouchetée et méconnaissable. Selon elle, le recourant présente également un rétrécissement de l'interligne articulaire, qui laisse moins de place au ménisque, qu'il comprime et pousse vers l'extérieur. Elle soutient que l'on est ainsi en présence d'une subluxation du ménisque, qui n'est pas la conséquence d'un traumatisme mais d'un processus maladif, et qu'il est évident que le ménisque interne n'était plus sain lorsque le recourant a subi les deux événements de 2017 et 2019. Pour preuve, le radiologue a décrit une atteinte radiaire de la corne postérieure, atteinte qui est souvent considérée comme post-traumatique chez les sujets jeunes, mais pas en présence d'une usure avancée (subluxation) telle que celle présentée par le recourant. Partant, il est selon elle fort probable que l'atteinte radiaire méniscale interne ne soit pas post-traumatique et donc pas une séquelle des événements de 2017 et 2019. Elle rejoint donc l'avis du Dr G_____, sur lequel

A/159/2020 - 20/22 - l'intimée s'est fondée pour rejeter les oppositions du recourant, au motif que l'événement de 2017 aurait décompensé un état méniscal interne préexistant de

manière passagère. Elle conteste enfin l'appréciation du Dr K_____ selon laquelle le signal du ménisque serait homogène et le ménisque sain, considérant au contraire que l'on serait en présence d'une méniscopathie et d'une chondrocalcinose. Ces diverses appréciations médicales ont été établies en toute connaissance du dossier, elles sont détaillées et s'appuient pour certaines sur la littérature médicale. Or, au vu des avis divergents entre ces médecins spécialistes sur la nature des atteintes au ménisque du recourant et donc sur la cause des lésions, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, la cause – accidentelle ou dégénérative – des lésions. Dans ces circonstances, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin que celle-ci mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Le renvoi à l'intimée se justifie au vu des importantes carences dans l'instruction du dossier. En effet, au vu des avis divergents notamment entre le Dr E_____, qui soutenait que la lésion radiaire était la conséquence du traumatisme de février 2017, et le Dr I_____, qui considérait que le recourant présentait principalement une problématique de type arthrosique, l'intimée ne pouvait pas se contenter de la brève appréciation du Dr G_____ du 21 novembre 2019 pour rendre la décision entreprise mais se devait de mettre en œuvre une expertise administrative. Il conviendra que l'intimée invite l'expert à préciser si le lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident du 8 février 2017 est seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %), ou certain (probabilité de 100 %). L'expert devra également se prononcer sur la date d'un éventuel statu quo ante ainsi que sur toutes questions pertinentes. Par ailleurs, il ressort du dossier que la problématique d'une éventuelle maladie professionnelle du recourant a été évoquée mais qu'elle n'a pas fait l'objet de la décision querellée. Dans la décision entreprise, l'intimée a en effet indiqué, en se fondant sur le rapport du Dr G_____ du 21 novembre 2019, que les parqueteurs, comme les carreleurs, étaient extrêmement exposés dans leur métier aux lésions méniscales dégénératives, mais que la question de déterminer si ces dégénérescences méniscales avaient une étiologie professionnelle dépassait à l'évidence l'objet du litige. S'il est exact que cette question sort du champ du litige ayant trait au lien de causalité entre les événements des 8 février 2017 et 2019 et les atteintes au genou du recourant, il n'en demeure pas moins que l'intimée se doit d'examiner s'il existe un lien de causalité entre la lésion au ménisque du recourant et son activité professionnelle. En l'état, seuls figurent au dossier une appréciation du Dr J_____, de la division médecine du travail de l'intimée, et un rapport d'enquête effectué au domicile de l'assuré le 24 février 2020. Le Dr J_____ avait indiqué qu'il

A/159/2020 - 21/22 - reprendrait le dossier après réception du rapport d'enquête, et qu'il devrait également effectuer une enquête sur le poste de travail auprès de l'employeur de l'assuré. Dans la mesure où le dossier est renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, il conviendra que la SUVA continue l'instruction sur cette question et rende une décision à ce sujet. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur oppositions de l'intimée du 25 novembre 2019 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise administrative indépendante et instruction complémentaire.

E. 16

Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 al. 1 let.

g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/159/2020 - 22/22 - 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.