

## **GE\_GERICHTE ATAS/80/2012 vom 26. Januar 2012**

GE Cour de justice, 2012-01-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_80\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_80_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/80/2012 du 26 janvier 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/80/2012 del 26 gennaio 2012

### **Volltext**

Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Christine LUZZATTO et Hans KERN, Juges assesseurs

REPUBLIQUE ET

CANTON DE GENEVE POUVOIR JUDICIAIRE

A/3687/2009 ATAS/80/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 26 janvier 2012 8ème Chambre En la cause Monsieur J \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître RUDERMANN Michael recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse, 6002 Lucerne SWICA ASSURANCE-MALADIE, Direction régionale de Lausanne, Mme Catherine DESCOMBAZ; boulevard de Grancy 39, 1001 Lausanne MOOVE SYMPANY SA, sise chemin Suriman 7; 1203 Genève intimé

A/3687/2009 - 2/23 -

A/3687/2009 - 3/23 - EN FAIT 1. Monsieur J \_\_\_\_\_, (ci-après le recourant ou l'assuré) né en 1947, a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 32% par la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après SUVA) à compter du 1er juin 2002 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, suite à deux accidents survenus au genou gauche les 7 mars 1997 et 6 août 1999. 2. Le 23 mars 2005, alors qu'il travaillait en qualité de plombier au service de la société X \_\_\_\_\_ SA, l'assuré a été victime d'un nouvel accident de travail. Travaillant sous un comptoir en train de brancher des tuyaux, en se relevant, il s'est tordu la jambe droite et a chuté sur le côté droit. Le Dr L \_\_\_\_\_, médecin de la permanence Vermont Grand-Pré, a diagnostiqué une contusion et distorsion du genou droit, dans un rapport du 17 mai 2005, et a attesté une incapacité de travail de 100% à partir du 24 mars 2005. La SUVA a pris en charge le cas. Le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin traitant, a indiqué, le 10 juin 2005, que son patient souffrait d'une contusion cervico-dorsale, d'une contusion de l'épaule droite et du coude droit et d'une contusion et distorsion du genou droit. L'assuré a été examiné le 11 juillet 2005 par le Dr N \_\_\_\_\_, orthopédiste, médecin-conseil de la SUVA. Celui-ci relevait qu'au niveau du genou droit et de l'épaule droite, l'évolution était favorable, qu'aucune lésion traumatique sur l'axe squelettique n'avait été mise en évidence s'agissant de l'épaule et du genou. Le Dr N \_\_\_\_\_ précise par ailleurs que l'assuré présentait une importante cervicarthrose, dont la symptomatologie s'était développée progressivement à distance de l'accident. Il était donc possible selon lui de dire qu'elle n'avait rien à voir avec celui-ci (rapport du 29 août 2005). 3. Par décision du 5 septembre 2005, la SUVA, se fondant sur l'appréciation du Dr N \_\_\_\_\_ du 29 août 2005, a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance (indemnité

journalière et frais des traitements) avec effet au 31 août 2005. 4. L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il produit, le 3 novembre 2005, un courrier établi par le Dr M\_\_\_\_\_ le 28 octobre 2005, aux termes duquel il présente des lésions post-traumatiques dues aux divers accidents dont il a été victime au niveau des deux genoux, nécessitant diverses investigations, arthroscopie, résection méniscale et autres. Ces traumatismes ont eu un effet non négligeable sur l'avenir des deux genoux. On ne peut pas savoir

A/3687/2009 - 4/23 - quel serait l'état actuel des deux genoux sans les traumatismes répétitifs. Par conséquent, sa capacité de travail est réduite. En tout cas dans sa profession comme plombier, son incapacité de travail est de 100%. L'assuré conteste dès lors les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ et réclame la mise en œuvre d'une expertise spécialisée. 5. Par décision sur opposition du 20 décembre 2005, la SUVA rappelle que, selon le Dr N\_\_\_\_\_, les conséquences de l'accident du 23 mars 2005 étaient terminées et que la symptomatologie liée à l'importante cervicarthrose, révélée par la scanographie pratiquée en 2005, s'était développée progressivement à distance de l'accident en cause et qu'elle était étrangère à celui-ci. Elle relève que, dans son courrier du 28 octobre 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ ne se prononce pas exclusivement sur la question de la guérison des troubles à l'épaule et au genou droit, ou sur la causalité entre l'affection cervicale et l'accident du 23 mars 2005, mais se limite à fixer l'incapacité de travail de l'assuré comme plombier à 100%. S'agissant de la requête de l'assuré visant à la mise en œuvre d'une expertise, la SUVA s'y oppose au motif que les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ sont convaincantes, claires et documentées. L'opposition est ainsi rejetée. 6. L'assuré a recouru contre cette décision sur opposition, le 20 mars 2006, en concluant au versement par la SUVA de prestations au-delà du 31 août 2005. 7. A l'appui de son recours, en cours de procédure, l'assuré a produit un rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, et mandaté par ses soins, qui a établi son rapport d'expertise, le 24 mars 2006. L'assuré lui a déclaré qu'au moment de l'accident du 23 mars 2005, il avait commencé à souffrir de son genou droit depuis environ trois semaines et que "ça tirait dans la hanche droite", qu'il restait par ailleurs très gêné par son genou gauche, avait mal et ne pouvait pas s'accroupir sur ce genou qui par moment gonflait et de temps en temps se dérobait. Le Dr O\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants à la suite de l'accident du 23 mars 2005 : contusion de l'épaule droite, légère distorsion cervicale sur lésion dégénérative discale et articulaire postérieure du tiers inférieur du rachis cervical, lésion horizontale de grade III du ménisque interne dans la région moyenne et postérieure associée à un volumineux kyste méniscal interne. Le Dr O\_\_\_\_\_ relève que, dans son rapport du 11 juillet 2005, le Dr N\_\_\_\_\_ ne précise pas avec détail l'état du genou droit, et ne décrit en particulier pas l'état de la face interne du genou; il considère ainsi que le diagnostic précis de l'origine des douleurs n'a pas été posé. Soupçonnant la présence d'un kyste méniscal sur la face interne du genou, le Dr O\_\_\_\_\_ a fait procéder à une IRM, laquelle a confirmé ce diagnostic. Le médecin relève qu'aucune IRM n'avait été faite auparavant, que ce diagnostic n'a été ni posé ni évoqué jusqu'ici par le

A/3687/2009 - 5/23 - Dr M\_\_\_\_\_ ou le Dr N\_\_\_\_\_. Le Dr O\_\_\_\_\_ considère qu'il lui est impossible de préciser, une année après l'accident, l'origine exacte de cette lésion méniscale horizontale et de ce kyste méniscal, lui-même raison principale des douleurs actuelles, puisqu'il n'a examiné le patient qu'une seule fois et que les examens des deux médecins précédents ayant examiné le genou auparavant sont trop lacunaires. Il estime

cependant que la lésion horizontale du ménisque interne de ce genou droit existait déjà avant l'accident sans toutefois empêcher le patient de travailler. Le fait que celui-ci ait senti un craquement et une forte douleur lors de la torsion de son genou démontre que cette torsion a provoqué la lésion horizontale ou l'a agrandie si elle était déjà présente. En conclusion, cette lésion méniscale sous-jacente, présente ou non avant l'accident, est à l'origine du développement de ce kyste responsable actuellement des fortes douleurs ressenties par le patient et qui l'empêchent de travailler. Selon le Dr O \_\_\_\_\_ dès lors, "il me paraît probable que l'affection actuelle est en causalité avec l'accident annoncé, soit une lésion méniscale antérieure à l'accident qui a été décompensée violemment par cet événement, soit que la lésion méniscale ait été provoquée par l'événement, ce qui est impossible actuellement de préciser". Il estime ainsi qu'il y a un lien de causalité naturelle probable (plus que 50%) entre l'état actuel du genou droit et l'accident du 23 mars 2005. Il ajoute que c'est l'état de ce genou qui est la cause de l'incapacité de travail à 100% dans la profession de plombier. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité découlant de l'accident du 23 mars 2005, le Dr O \_\_\_\_\_ n'en envisage aucune pour l'épaule droite et la colonne cervicale et considère que pour le genou droit, une évaluation devrait intervenir à l'expiration d'un délai de six mois après la cure chirurgicale du kyste méniscal. 8. Le Dr P \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a dans un rapport du 6 avril 2006, également conclu que la lésion méniscale était probablement consécutive à l'accident. 9. La SUVA a confié au Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et rattaché à la division de médecines des assurances de la SUVA, la mission de se déterminer notamment sur l'IRM du genou droit réalisée le 16 mars 2006 à la demande du Dr O \_\_\_\_\_. Le Dr Q \_\_\_\_\_ confirme ainsi, dans son rapport du 28 avril 2006, le double diagnostic de lésion de la corne postérieure du ménisque interne et celui de kyste méniscal. Il ajoute que « la lésion du ménisque interne dont l'assuré est porteur, sous forme d'un clivage horizontal situé à sa corne postérieure est, on l'a vu, d'étiologie clairement dégénérative, à l'encontre de ce qu'a affirmé le Dr P \_\_\_\_\_, qui, pour étayer son propos, s'est fondé sur l'allégation du patient qu'il aurait, suite à la distorsion du genou, ressenti un craquement du genou. Cette donnée n'est certainement pas caractéristique de l'anamnèse d'une déchirure traumatique du ménisque mais bien plutôt de celle rapportée par les victimes d'une rupture de ligament croisé antérieur. Ni le Dr P \_\_\_\_\_, ni le Dr O \_\_\_\_\_ n'ont pris en compte le fait que l'assuré avait déclaré qu'il s'était tordu le genou sur une protection plastique recouvrant le

A/3687/2009 - 6/23 - sol et dans ce contexte, on ne voit guère comment le pied pourrait être fixé au sol (on a décrit plus haut le mécanisme lésionnel susceptible de léser le ménisque). Le Dr O \_\_\_\_\_ a, pour sa part, envisagé la possibilité que la lésion méniscale interne était préexistante au traumatisme (en quoi il avait de mon avis parfaitement raison) mais que celui-ci l'avait aggravée. Cette hypothèse aurait pu être discutée si le patient avait été porteur d'une déchirure en lambeau du ménisque; mais pas comme en l'occurrence d'un clivage méniscal, car dans ce contexte, on ne peut envisager qu'une distorsion du genou qui ne peut provoquer ce type de « fissure horizontale », soit cependant en mesure d'accroître ses dimensions. De plus, il faut rappeler que le ménisque en soi n'a pas d'innervation : seules ses attaches ligamentaires en disposent. Ceci explique pour quelle raison existe un nombre important de sujets porteurs asymptomatiques d'une lésion méniscale. Les douleurs évoquées en cas de déchirures méniscales proviennent d'une traction exercée sur l'attache ligamentaire, p. ex. lorsqu'un lambeau ou une anse de seau méniscale se pince dans l'articulation. On pourrait, dès lors, alléguer qu'un phénomène équivalent se soit produit

chez l'assuré. Tel n'est pas le cas car le clivage méniscal est une lésion stable du ménisque. Autrement dit, l'origine des douleurs éprouvées par le patient suite à son accident du 23 mars 2005 ne peut être élucidée. (...) Il [l'assuré] souffre d'un clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque et c'est dans ce contexte qu'il a développé un kyste méniscal, qui s'est agrandi au fil des mois. Si l'étiologie de la lésion méniscale est clairement dégénérative, celle du kyste méniscal ne peut être élucidée du fait que le débat à ce sujet n'est pas clos dans la littérature : il faut cependant rappeler que l'âge des malades qui développent un kyste méniscal est extrêmement variable. Si la majorité des patients a 30 ans environ, on rencontre ces kystes également chez des enfants ou des vieillards. Ceci pourrait signifier que la cause des kystes méniscaux n'est pas isolée; suivant les cas, elle peut être « congénitale » (chez l'enfant), traumatique (chez l'adulte dans la force de l'âge qui développe un kyste sans lésion méniscale associée, comme l'a observé Wroblewski dans la moitié de ses cas) alors que chez les sujets âgés porteurs d'une lésion méniscale, une origine dégénérative - la plus prisee par les auteurs - doit être postulée ». Le Dr Q\_\_\_\_\_ en conclut que l'étiologie des troubles du genou droit imputable à la lésion de la corne postérieure et au kyste méniscal est dégénérative. Selon lui, l'implication vraisemblable de l'accident du 23 mars 2005 ne peut être démontrée et le Dr O\_\_\_\_\_ aurait pu, à la suite de son raisonnement, tirer cette même conclusion s'il avait pris en compte le fait que ces deux atteintes sont pratiquement toujours conjointes. 10. L'assuré a subi une arthroscopie du genou droit le 2 août 2006 pratiquée par le Dr R\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG).

A/3687/2009 - 7/23 - 11. Le Dr O\_\_\_\_\_ a été entendu le 29 août 2006 par le Tribunal. Ce médecin a confirmé que les douleurs dont s'était plaint le patient environ trois semaines avant l'accident peuvent être dues à la lésion du ménisque interne d'origine dégénérative. Il a ajouté que « cette lésion a été selon moi aggravée par l'accident, par le fait qu'il y a eu une douleur brusque et un "crac" selon la description du patient. Le kyste est la conséquence de cette aggravation. Il ne se serait probablement pas produit s'il n'y avait pas eu d'accident. Ce que dit le Dr Q\_\_\_\_\_ au sujet d'une origine dégénérative lorsqu'il y a lésion et kyste, relève pour moi de la théorie. L'expérience m'a enseigné que tel n'était pas nécessairement le cas ».

S'agissant de la remarque du Dr Q\_\_\_\_\_ figurant à la page 6, dernier paragraphe, selon laquelle il n'avait pas pris en compte le fait que l'assuré n'avait pas le pied fixé au sol lors de sa chute, le témoin explique que : « un skieur subit une torsion du genou parce que son pied reste fixé au sol. Il s'agit-là du cas classique. Dans le cas de l'assuré, le corps est resté fixé parce que, se relevant, il a voulu prendre appui sur le pied droit et son genou a lâché, d'où le mouvement de torsion. L'origine dégénérative est probable, il est difficile de le dire puisqu'aucun examen n'avait été fait auparavant ».

L'assuré a déclaré qu'il considérait que l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ était suffisante et remplissait tous les réquisits jurisprudentiels, qu'il renonçait de ce fait à l'audition du Dr R\_\_\_\_\_.

Le représentant de la SUVA a suggéré que le Tribunal ordonne une expertise. Ce à quoi l'assuré s'est opposé. 12. Statuant le 21 novembre 2006, le Tribunal a admis le recours de l'assuré et a annulé les décisions des 5 septembre et 20 décembre 2005 en relevant notamment que la causalité adéquate ne faisait aucun doute. 13. La SUVA a interjeté un recours de droit administratif au Tribunal fédéral (ci-après le TF) contre cet arrêt, en concluant principalement à l'annulation du jugement cantonal et subsidiairement à la

demande de la mise en œuvre d'une expertise médicale « aux fins d'examen du lien éventuel de causalité naturelle entre l'accident et les diagnostics de fissure et kyste méniscaux ». 14. Par arrêt du 29 mai 2007, le TF a admis le recours, en ce sens que la cause était renvoyée à la SUVA pour complément d'instruction au sens des motifs et nouvelle décision. En substance, le TF a constaté qu'aucun des deux rapports médicaux en présence, soit le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ et le rapport du Dr Q \_\_\_\_\_ n'étaient entachés d'erreurs ou de contradictions ou d'autres défauts qui seraient, le cas échéant, reconnaissables pour le juge. Les deux rapports étaient complets et bien documentés. Leurs auteurs aboutissaient cependant à des conclusions opposées. En l'absence d'éléments déterminants qui auraient permis de départager les avis opposés en présence, ils se justifiaient d'annuler le jugement attaqué ainsi

A/3687/2009 - 8/23 - que la décision sur opposition et de renvoyer la cause à la SUVA pour la mise en œuvre d'une expertise et rendre une nouvelle décision. 15. Suite à cet arrêt du TF, la SUVA a confié une expertise au Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Dans son rapport d'expertise du 19 août 2008. Le Dr S \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de douleurs persistances du compartiment interne du genou droit sur status après correction chirurgicale d'une lésion horizontale postérieure du ménisque interne et d'un kyste mucoïde paraméniscal interne. Le Dr S \_\_\_\_\_ relève notamment que « la lésion constatée sur l'IRM du 16 mars 2006 est très certainement de nature dégénérative. L'affirmation du Dr O \_\_\_\_\_ selon laquelle une brusque torsion d'un genou est un mécanisme classique pouvant provoquer une lésion horizontale ou verticale d'une corne postérieure du ménisque interne (expertise du 14 mars 2006, page 14) est incorrecte au vu des enseignements de la science médicale actuelle. En effet, les lésions traumatiques sont classiquement verticales, ce qui a d'ailleurs permis le développement des techniques de sutures et de réinsertion récentes. Les lésions horizontales sont considérées comme des lésions d'origine dégénérative, Pour citer un ouvrage de références publié en 2000, L'Oxford Textbook of Sports Medicine, en page 444 (Owen H. Brady et Brian J. Hurson) : « La déchirure méniscale horizontale survient le plus souvent (most commonly) sur un ménisque dégénératif. C'est le résultat d'une force normale agissant sur un ménisque anormal ou dégénératif. »

Par ailleurs, le Dr S \_\_\_\_\_ indique qu'il n'est pas d'accord avec le mécanisme lésionnel décrit par le Dr O \_\_\_\_\_, dans son expertise du 24 mars 2006, puisque, pour lui, les contraintes traumatiques brutales entraînent classiquement des lésions méniscales verticales ou obliques. Le Dr T \_\_\_\_\_ n'exclut pas une aggravation de la lésion dégénérative au moment de l'accident puisque ce ménisque était anormal et fragilisé.

Il rejoint l'analyse du Dr Q \_\_\_\_\_, selon laquelle le mécanisme de l'accident, soit le pied glissant sur une bâche de plastique par défaut d'adhérence, rend fort improbable une lésion méniscale purement traumatique; ce type de lésion nécessite classiquement une énergie mécanique, soit un couple de torsion, plus importante.

Le Dr S \_\_\_\_\_ insiste encore sur le fait qu'il est très improbable que la lésion méniscale ait pu être provoquée uniquement par l'événement invoqué. Il est possible qu'une lésion préexistante dégénérative ait pu être aggravée par le traumatisme mais cette hypothèse me semble peu probable au vu de la morphologie des lésions.

A/3687/2009 - 9/23 - 16. Le recourant a soumis le rapport d'expertise du Dr S \_\_\_\_\_ au Dr O \_\_\_\_\_ qui a rédigé un rapport complémentaire. A l'occasion de ce rapport du 23 septembre 2008, le Dr O \_\_\_\_\_ relève notamment que les pièces à la base de l'appréciation du Dr S \_\_\_\_\_ ne sont pas citées, qu'il ne trouve pas d'évaluation critique du rapport du Dr N \_\_\_\_\_ du 29 août 2005 que le Dr S \_\_\_\_\_ affirme que le traitement subi par le recourant au niveau du genou ne joue pas de rôle dans les questions posées par l'expertise. Le Dr O \_\_\_\_\_ conteste les conclusions du Dr S \_\_\_\_\_, et en particulier l'affirmation selon laquelle la déchirure méniscale horizontale est le résultat d'une force normale, argument contesté puisque notamment la déclaration de sinistre du 29 mars 2005 mentionne qu'en se relevant le recourant a dévissé et s'est tordu la jambe, il y a donc eu un mouvement brusque de torsion, lequel n'est pas normal. En outre, le Dr O \_\_\_\_\_ relève que même s'il accepte peut-être que le ménisque présentait une lésion horizontale au moment de l'évènement, cette lésion n'était pas de nature si importante pour empêcher le recourant de travailler. Le Dr O \_\_\_\_\_ conclut que l'accident concerné a en tout cas péjoré d'une manière prolongée, peut être déterminante, un état antérieur possible, mais qui n'est pas absolument prouvé. Le Dr O \_\_\_\_\_ se borne à répéter que le kyste méniscal s'est vraisemblablement développé après l'accident puisque le Dr N \_\_\_\_\_ ne l'a pas constaté lors de son examen du 11 juillet 2005, donc quatre mois après l'accident. 17. En relevant qu'au vu du rapport d'expertise du Dr S \_\_\_\_\_ du 19 août 2008, il ressort que les troubles qui subsistent aujourd'hui ne sont plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, la SUVA a confirmé, par courrier du 20 février 2009, la fin des prestations d'assurance au 31 août 2005. 18. En date du 9 mars 2009, le recourant s'est opposé à cette décision. 19. Suite à cette opposition, la SUVA a soumis le rapport complémentaire du Dr O \_\_\_\_\_ au Dr S \_\_\_\_\_ afin d'avoir son avis au sujet des différentes critiques à l'encontre de son expertise et, le cas échéant, avoir une confirmation de ses conclusions. 20. Dans son rapport du 14 mai 2009, le Dr S \_\_\_\_\_ rejette le caractère sommaire et lacunaire de l'examen clinique. Il précise encore que « l'affirmation du Dr O \_\_\_\_\_ selon laquelle il y aurait eu contusion et torsion est probablement vraie. Cependant étant donné la nature du sol sur lequel est tombé M. J \_\_\_\_\_ (bâche glissante), une importante composante de torsion telle qu'elle apparaît par exemple lors des traumatismes du footballeur dont le pied est fixé au sol par des chaussures à crampons, est peu probable. » Le Dr S \_\_\_\_\_ relève encore que « concernant l'opération de M. J \_\_\_\_\_ a subie, je n'ai effectivement pas reçu de rapport chirurgical. Cet élément ne me semblait pas essentiel puisque les questions de l'expertise concernent la lésion existant avant

A/3687/2009 - 10/23 - l'opération. Le Dr O \_\_\_\_\_ a raison lorsqu'il dit que ce rapport aurait pu comporter une description précise des lésions qui aurait permis de mieux répondre aux questions de l'expertise. En l'occurrence cette description précise n'a pas été faite... Pour ce qui concerne la persistance d'un kyste postéro-interne, ceci me semble peu probable au vu de l'aspect clinique du genou que j'ai soigneusement palpé. Une réponse définitive pourrait être donnée en refaisant un IRM de cette articulation. » 21. Sur cette base, la SUVA a rendu, en date du 18 septembre 2009, une décision sur opposition en rejetant l'opposition et en confirmant la décision du 20 février 2009. La SUVA considère que le rapport d'expertise du 19 août 2008 du Dr S \_\_\_\_\_ et son rapport complémentaire du 14 mai 2009 emportent valeur probante et sont en parfaite adéquation avec les conclusions rendues par le Dr Q \_\_\_\_\_. 22. Par acte du 14 octobre 2009, Monsieur J \_\_\_\_\_ a déposé un recours à l'encontre de la décision sur opposition du

18 septembre 2009. Il concluait à cette occasion, préparatoirement à mettre en œuvre une nouvelle expertise, à la forme, déclarer le recours recevable, au fond, admettre le recours, annuler les décisions de la SUVA des 20 février et 18 septembre 2009, renvoyer le dossier à la SUVA pour détermination des prestations d'assurance dues à compter du 1er septembre 2005 et à condamner la SUVA à verser une indemnité de procédure valant participation aux honoraires d'avocat. 23. Répondant au recours, la SUVA qui insiste notamment sur le fait que l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions requises pour se voir reconnaître entière valeur probante aux regard des exigences jurisprudentielles applicables en la matière, relève que vu la nature dégénérative de la lésion attestée par l'expert, la décision querellée apparaît parfaitement justifiée et conclut au rejet du recours. 24. Estimant qu'elles pourraient être concernées par l'issue de la procédure, le Tribunal de céans a, par ordonnance du 22 décembre 2009, appelé en cause SWICA Assurance-maladie SA (ci-après la SWICA), assureur maladie perte de gain, et MOOVE SYMPANY, assureur maladie frais médicaux. 25. Par courrier du 12 février 2010, la SWICA relève être d'avis que le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ ne parvient nullement à départager les avis des Drs O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ et qu'une expertise judiciaire s'avère nécessaire. Elle précise en outre que « le Dr S\_\_\_\_\_ estime très improbable que la lésion méniscale ait pu être provoquée uniquement par l'évènement invoqué. Il relève néanmoins qu'une aggravation de la lésion dégénérative au moment de l'accident ne peut être exclue. » A cette occasion, la SWICA conclut « compte tenu de la jurisprudence parue aux ATF 125 V 339, SWICA n'est toutefois

A/3687/2009 - 11/23 - malheureusement pas légitimée, en tant qu'assureur privé, à prendre des conclusions dans le cadre de la présente procédure. » 26. A la suite de la réponse de la SWICA, le recourant relève notamment « quand bien même les symptômes du recourant serai[en]t vraisemblablement d'origine malade en l'espèce, cette seule constatation n'est pas suffisante pour conduire à la négation des prestations, car la question n'est pas de savoir si la lésion revêt une origine dégénérative mais une origine exclusivement dégénérative, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce (ATF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008) » 27. Considérant en particulier que le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ ne parvient pas à départager les avis des Drs O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, le Tribunal a ordonné une expertise médicale et a désigné à cet effet le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. 28. Interpellé au sujet de la désignation de l'expert et la mission d'expertise, la SUVA a informé le Tribunal qu'elle n'avait pas d'objection à la désignation de l'expert et approuvait le questionnaire que le Tribunal entendait lui soumettre. 29. Pour sa part, le recourant qui n'avait aucun motif de s'opposer à la désignation de l'expert, a souhaité compléter le questionnaire avec les questions suivantes : a. Quel a été en l'espèce le mécanisme lésionnel probable de l'accident survenu le 23 mars 2005 ? b. A cet égard, ce mécanisme constitue-t-il un facteur extérieur, soudain et involontaire ? c. L'atteinte à la santé consécutive à l'accident du 23 mars 2005 est-elle d'origine exclusivement dégénérative ou l'accident a-t-il joué un rôle causal dans la survenance de l'atteinte à la santé ? En d'autres termes, peut-on considérer que l'accident du 23 mars 2005 constitue la cause au moins partielle de l'atteinte à la santé de l'expertisé ? 30. De son côté, la SWICA a informé le Tribunal, par courrier du 17 novembre 2010, qu'elle n'avait aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert et souhaitait que la question suivante soit également posée à l'expert : - L'accident du 23 mars 2005 est-il une cause partielle avec un degré de vraisemblance prépondérant de l'atteinte ressentie par le recourant au genou droit ? Si oui, dans quelle mesure ? 31. Interpellé également, MOOVE SYMPANY n'a pas

répondu à la sollicitation du Tribunal.

A/3687/2009 - 12/23 - 32. Dans son rapport d'expertise du 18 mars 2011, le Dr U\_\_\_\_\_ retient les atteintes à la santé dont souffre le recourant suivantes : 1. Gonarthrose du genou gauche avérée. 2. Déchirure étendue du ménisque interne droit avec pincement interne, évoquant une arthrose débutante. 3. Cervicathrose. 4. Spondylarthrose. 5. Hypotrophie du membre inférieur gauche et troubles neurologiques du pied gauche. 6. Amyotrophie du MIG. Au sujet du mécanisme lésionnel probable de l'accident du 23 mars 2005, l'expert relève notamment que le genou a subi une entorse, le patient est tombé, le mécanisme de torsion du genou a été aggravé par l'impotence fonctionnelle du genou gauche. Le Dr U\_\_\_\_\_ précise en particulier que la cause de l'atteinte ressentie par le recourant est due à l'accident avec une vraisemblance prépondérante, puisque la preuve existe qu'il y a une nouvelle déchirure sur la base de la dernière IRM. L'expert se prononce affirmativement sur le lien de causalité entre l'atteinte ressentie par le recourant au genou droit et l'accident du 23 mars 2005. Il précise que le lien de causalité est plus que probable vu la description du traumatisme. Le Dr U\_\_\_\_\_ précise encore qu'il s'agit d'une entorse du genou droit avec une déchirure méniscale interne ; la notion de « dégénérative », vu l'anamnèse et l'IRM est un élément mineur qui ne saurait expliquer l'état du ménisque actuel. Enfin l'expert indique que ce patient présente une gonarthrose bilatérale, post-traumatique et que le statu quo sine n'a pas été atteint et ne le sera jamais. Concernant les limitations fonctionnelles liées aux troubles du genou, l'expert relève que la patient boîte, ne peut plus se mettre à genou, ni accroupi ; ses deux genoux gonflent et sont inflammatoires ; un travail assis, avec alternance des positions, déplacements limités à 15 minutes, charge maximale 3 kg pourrait être tenté à 30%. De plus, le Dr U\_\_\_\_\_ relève qu'il existe une atteinte à l'intégrité dont le pourcentage s'élève à 15%. 33. Dans sa détermination du 14 avril 2011 à la suite de l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, le recourant insiste en particulier sur le fait que l'accident du 23 mars 2005 est bien la cause de l'atteinte à sa santé au genou droit, que, compte tenu de l'anamnèse et l'IRM récent, la déchirure méniscale interne constatée au genou

A/3687/2009 - 13/23 - droit n'est pas d'origine dégénérative et enfin que le statu quo sine n'a pas été atteint et ne le sera jamais. Le recourant conclut au fait que la SUVA doit prendre en charge les suites de l'accident du 23 mars 2005 au-delà du 31 août 2005, qu'elle devra se prononcer sur la poursuite des indemnités journalières ou sur l'octroi d'une rente d'invalidité complémentaire à celle déjà servie ainsi que sur la prise en charge des mesures thérapeutiques préconisées par l'expert et enfin qu'elle devra verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à 15% selon l'expert. 34. A la demande de la SUVA, la Cour de justice, chambre des assurances sociales (anciennement Tribunal cantonal des assurances sociales) a rendu une ordonnance le 30 mai 2011 ordonnant au recourant de déposer à la Cour de céans l'intégralité de son dossier radiologique. 35. Faisant part de sa détermination à la suite de l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, le 17 juin 2011, l'intimée conteste formellement ses conclusions, en particulier, elle insiste sur le fait que la notion, selon laquelle le clivage horizontal du ménisque descellé au genou droit de l'assuré correspondrait à une déchirure traumatique du ménisque, est sans fondement. Dans ce contexte, l'intimée sollicite l'audition, par le Tribunal, du Dr Q\_\_\_\_\_ qui a déjà eu l'occasion de prendre position dans cette affaire. 36. Informé de la décision de la Chambre des assurances sociales d'entendre le Dr Q\_\_\_\_\_, le recourant sollicite la convocation du Dr U\_\_\_\_\_ pour confrontation des points de vue. 37. Entendu lors

de l'audience d'enquêtes du 22 septembre 2011, le Dr U \_\_\_\_\_ indique notamment « On peut considérer, vu l'âge du patient et son métier, que le ménisque de M. J \_\_\_\_\_ pouvait être dégénératif, ou non, sans preuve objective, et que la déchirure horizontale a une origine traumatique. Je précise également qu'il est impossible de savoir s'il y avait une lésion dégénérative ou traumatique avant l'accident. (...) Pour moi, il est possible que des lésions horizontales du ménisque soient provoquées par un traumatisme. (...) La description qui m'a été faite par M. J \_\_\_\_\_ du déroulement de l'accident est compatible avec l'état du genou de ce dernier aujourd'hui, qui a un agrandissement de sa déchirure. Cet agrandissement est un argument en faveur d'une lésion secondaire du traumatisme due à une ablation partielle du ménisque. » 38. A l'occasion de cette audience, le Dr Q \_\_\_\_\_ a relevé, en particulier, « Ce qui importe en l'espèce, ce n'est pas le kyste méniscal à proprement parler, mais la lésion dégénérative du ménisque. Ce que nous avons constaté, c'est des lésions classiques horizontales qui aboutissent à une étiologie dégénérative, alors que des lésions longitudinales ont une origine traumatique. Je ne sais pas si des lésions horizontales peuvent avoir comme origine un traumatisme, du moins je ne les connais pas. (...) Je confirme que je suis d'accord avec la conclusion de l'expertise

A/3687/2009 - 14/23 - du Dr S \_\_\_\_\_ qui fait mention d'une possibilité d'aggravation de la lésion par le traumatisme du 23 mars 2005. Le kyste découvert lors de l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ n'a pas été mentionné dans le cadre des examens du Dr N \_\_\_\_\_. Toutefois, l'évolution d'un kyste peut se produire sans qu'il ait une origine traumatique. Sur la base des constatations du Dr N \_\_\_\_\_, il avait été relevé que le statu quo sine était atteint au 31 août 2005. » 39. Confrontant leur point de vue lors de cette même audience, le Dr Q \_\_\_\_\_ précise « Je confirme qu'il est possible que l'accident du 23 mars 2005 a pu aggraver une situation dégénérative existante. » Pour sa part, le Dr U \_\_\_\_\_ relève « Pour moi, c'est hautement probable. » Sur quoi, l'intimée indique que « Au vu des informations obtenues, la SUVA estime qu'il y a lieu de réexaminer sa position après avoir revu l'ensemble du dossier avec le Dr Q \_\_\_\_\_. » 40. Lors de la comparution personnelle du même jour, le recourant indique qu'il travaille actuellement à temps partiel, le matin, en qualité de magasinier, en raison de son état de santé. 41. Par courrier du 17 octobre 2011, l'intimée informe la Cour de céans qu'elle acquiesce au recours, en ce sens qu'elle allait prendre en charge les troubles du genou droit de l'assuré. 42. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme. 4. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par le recourant peuvent ouvrir droit à des indemnités journalières et aux prestations de la SUVA au-delà du 1er septembre 2005. 5. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1

A/3687/2009 - 15/23 - let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 6. Est réputé accident 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). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04).

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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 faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

8. 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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu

A/3687/2009 - 16/23 - au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141). 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 la base du 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 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

9. Le lien de

causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. C'est donc essentiellement en présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 16). 10. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du

A/3687/2009 - 17/23 - moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. 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 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 12. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI,

Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 13. 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

A/3687/2009 - 18/23 - pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 14. En l'espèce, figurent notamment au dossier des rapports du Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et rattaché à la division de médecines des assurances de la SUVA, du Dr N \_\_\_\_\_, orthopédiste, médecin-conseil de la SUVA et du Dr P \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, ainsi que des rapports d'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, du Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et du Dr U \_\_\_\_\_, spécialiste FMH chirurgie orthopédique. 15. Le rapport d'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ relevait notamment que, pour lui, le mouvement de torsion était déterminant dans l'appréciation du cas du recourant et qu'il n'était pas juste de dire que la déchirure méniscale horizontale dont le recourant avait été victime était le résultat d'une force normale, puisque le dossier faisait ressortir qu'il y avait eu un mouvement brusque de torsion. 16. Pour sa part, le Dr S \_\_\_\_\_ a précisé que la lésion constatée sur l'IRM du 16 mars 2006 était très certainement de nature dégénérative. L'expert précisait encore que l'affirmation du Dr O \_\_\_\_\_ selon laquelle une brusque torsion d'un genou était un mécanisme classique pouvant provoquer une lésion horizontale ou verticale d'une corne postérieure du ménisque interne était incorrecte au vu des enseignements de la science médicale actuelle : les lésions traumatiques sont classiquement verticales, ce qui avait d'ailleurs permis le développement des techniques récentes de sutures et de réinsertion. L'expert précisait enfin que les lésions horizontales étaient, selon la littérature médicale, considérées comme des atteintes d'origine dégénérative. Les conclusions de l'expert étaient en parfaite adéquation avec celles rendues par le Dr. Q \_\_\_\_\_. 17. De son côté, le Dr U \_\_\_\_\_ précisait, en particulier, dans son rapport du 18 mars 2011, que la cause de l'atteinte ressentie par le recourant était due à l'accident avec une vraisemblance prépondérante, puisque la preuve existait qu'il y avait une nouvelle déchirure sur la base de la dernière IRM. L'expert se prononçait affirmativement sur le lien de causalité entre l'atteinte ressentie par le recourant au genou droit et l'accident du 23 mars 2005. Il précisait encore que le lien de causalité était plus que probable vu la description du traumatisme. Le

Dr U\_\_\_\_\_ précisait également qu'il s'agissait d'une entorse du genou droit avec une déchirure méniscale interne ; la notion de « dégénérative », vu l'anamnèse et l'IRM était un élément mineur qui ne saurait expliquer l'état du ménisque actuel.

A/3687/2009 - 19/23 - Enfin l'expert indiquait que le statu quo sine n'avait pas été atteint et ne le sera jamais. 18. Dans un arrêt du 31 janvier 2008 (8C\_357/2007) le Tribunal fédéral a relevé « La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). » 19. Suite aux enquêtes du 22 septembre 2011, l'intimée a informé le Tribunal qu'elle acquiesçait au recours, en ce sens qu'elle allait prendre en charge les troubles du genou de l'assuré. La Cour de céans en a pris acte. L'intimée ayant admis la prise en charge des troubles du genou droit de l'assuré, la question de la causalité entre les troubles du genou droit et l'accident du 23 mars 2005 peut, dès lors, également être admise. En effet, lors de leur audition commune, le Dr Q\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il était possible que l'accident du 23 mars 2005 ait pu aggraver une situation dégénérative existante et, pour le Dr U\_\_\_\_\_, cela était hautement probable. 20. Le principe étant reconnu par l'intimée, le recours sera donc admis et il convient d'examiner l'étendue de la prise en charge des troubles du genou du recourant. 21. Dans son recours du 14 octobre 2009, le recourant concluait notamment à l'annulation des décisions de la SUVA des 20 février et 18 septembre 2009 et au renvoi du dossier à la SUVA pour détermination des prestations d'assurance dues à compter du 1er septembre 2005. 22. Dans le cadre de son écriture du 14 avril 2011, le recourant précisait que la SUVA devait prendre en charge les suites de l'accident du 23 mars 2005 au-delà du 31 août 2005. En particulier, elle devra se prononcer sur la poursuite des indemnités journalières ou sur l'octroi d'une rente d'invalidité complémentaire à celle déjà servie d'une part et d'autre part prendre en charge les mesures thérapeutiques préconisées par l'expert ainsi que verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité découlant de l'accident du 23 mars 2005, laquelle a été fixée à 15% selon l'expert. 23. L'art. 18 al. 1 LAA stipule que si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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

A/3687/2009 - 20/23 - menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. En l'occurrence, si l'on se réfère au rapport d'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ dont il y a lieu d'admettre la valeur probante qui n'a d'ailleurs pas été contestée, il sied de relever qu'une activité adaptée, soit un travail assis, avec alternance des positions, déplacements limités à 15 minutes, charge maximale de 3 kg, pourrait être tenté à 30%. En outre, lors de la comparution personnelle du 22 septembre 2011, le recourant a indiqué qu'il travaillait actuellement à temps partiel, le matin, en qualité de magasinier, en raison de son état de santé. Considérant la capacité de travail limitée du recourant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée pour constater

l'éventuelle consolidation de son état de santé, déterminer, le cas échéant, le droit à une rente d'invalidité, d'en fixer le taux et rendre une nouvelle décision à cet effet. 24. En ce qui concerne la prise en charge des mesures médicales préconisées par le Dr U\_\_\_\_\_ qui font parties des conclusions du recours précisées à l'occasion de l'écriture du 14 avril 2011, l'art 19 al. 1 2ème phrase LAA stipule que le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente. Toutefois, l'art 21 al. 1 let c. LAA prévoit que « lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. » Dans un arrêt du 17 juin 2002, le TFA (U 252/01) a relevé « Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. » En l'espèce, il sied de relever que le Dr U\_\_\_\_\_ préconisait, au titre de mesures thérapeutiques, une nouvelle ménisectomie interne qui devrait être envisagée. Si cette ménisectomie interne devait entraîner une amélioration de l'état de santé ou éviter une péjoration de cet état, cette mesure thérapeutique devra être prise en charge par l'intimée. La cause sera également renvoyée à l'intimée pour déterminer les possibilités d'amélioration de l'état de santé du recourant ou l'évitement de sa péjoration par les mesures thérapeutiques préconisées par le Dr U\_\_\_\_\_ et rendre une nouvelle décision sur cette question. 25. Au sujet de l'atteinte à l'intégrité, l'art. 24 al. 1 LAA prévoit que si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du A/3687/2009 - 21/23 - 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une

évaluation médico- théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01). L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. La table 2 relative à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs prévoit, pour un genou mobile entre 10° et 60°, un taux d'atteinte à l'intégrité de 15%. Se prononçant sur la capacité de travail du recourant, dans une activité adaptée, le Dr U \_\_\_\_\_ l'a évaluée à 30% en tenant compte des limitations fonctionnelles. De plus, le recourant exerce une activité de magasinier, durant le matin. En outre, le Dr U \_\_\_\_\_ a répondu positivement à la question de

A/3687/2009 - 22/23 - l'existence d'une atteinte à l'intégrité en l'estimant à 15%. Dès lors, il sied de renvoyer la cause à l'intimée pour l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité du recourant, pour la fixation, le cas échéant, du taux de cette atteinte et nouvelle décision. 26. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a, 110 V 365 consid. 3c; SVR 2001 AHV no 4 p. 12 consid. 3b). Le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848). 27. Pour apprécier l'importance du travail et du temps consacré à la cause, il faut tenir compte du fait que le procès en matière d'assurance sociale est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire (ATF 111 V 49 consid. 4a, 110 V 365 consid. 3c). Quant à l'activité de ce dernier, elle ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion de démarches inutiles ou superflues. En outre, les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires (ATF 111 V 49 consid. 4a). On tiendra compte, dans ce contexte, des conséquences économiques qu'aura pour l'intéressé l'issue de la procédure (ATF 114 V 87 consid. 4b et c, ATFA non publié du 23 janvier 2006, I 699/04 consid. 2.1 à 2.3). 28. Considérant que le recourant ne pouvait que recourir pour faire valoir ses droits et qu'obtenant gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. De plus, l'intimée qui succombe supportera les frais de justice fixés à 200 fr.

A/3687/2009 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet. 3. Prend acte du fait que l'intimée allait prendre en charge les troubles du genou droit du recourant. 4. Annule la décision du 20 février 2009 et la décision sur opposition du 18 septembre 2009. 5. Renvoie la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. 6. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de 2'500 fr. à titre de dépens. 7. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimée. 8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Florence SCHMUTZ

Le président suppléant

Georges ZUFFEREY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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