

GE_GERICHTE ATAS/857/2024 vom 5. November 2024

GE Cour de justice, 2024-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_857_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/857/2024 du 5 novembre 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/857/2024 del 5 novembre 2024

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

E. 6

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être

A/1621/2023 - 19/28 - soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4). D'après la jurisprudence, lorsque des expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats

convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 5.2.3, cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 7

L'intimée se fonde sur l'expertise du Dr M_____ et ses compléments pour fonder sa position.

E. 7.1

Dans son rapport, celui-ci a indiqué que le traumatisme du 17 novembre 2014 avait induit une symptomatologie significative, soit un épanchement intra-articulaire volumineux et des douleurs. Une chondrocalcinose, soit une maladie rhumatismale consistant en une arthrite à dépôt de cristaux de calcium pyrophosphate, avait été constatée sur les clichés réalisés le jour même. Ces calcifications intra-méniscales importantes étaient préexistantes à l'événement, car elles ne pouvaient pas se développer en moins d'un jour. Cette pathologie semblait avoir été minimisée par la suite et ne pas avoir été vraiment prise en compte dans l'évolution du genou droit, malgré sa mention dans la majorité des documents médicaux. Ce point était très surprenant, car cette atteinte avait des implications certaines dans l'évolution de l'articulation touchée, mais également dans l'interprétation des examens radiologiques et en particulier des IRM. Si la chondrocalcinose, en raison des micro-calcifications diffuses dans l'articulation, était bien visible sur les radiographies, elle n'était que très difficilement, voire pas du tout diagnostiquable sur une IRM. De plus, les microcalcifications entraînaient des modifications de la structure du ménisque, qui pouvaient mimer des déchirures lors d'un tel examen, et il était ainsi très difficile d'interpréter l'état du ménisque par ce moyen. Le Dr M_____ a précisé que la présentation clinique de la chondrocalcinose était typiquement la survenance d'un épanchement, avec un érythème et une chaleur autour de l'articulation atteinte, le plus couramment le genou, et a donné plusieurs informations sur la pathogénèse et les traitements – qu'il a qualifiés de souvent décevants – de cette atteinte, en précisant qu'elle était rare chez les sujets de moins de 60 ans. Il a cité plusieurs études médicales qui

A/1621/2023 - 20/28 - établissaient un risque de genou dégénératif plus important en cas de chondrocalcinose. Au vu de cet élément, l'évolution défavorable depuis 2014 n'était pas surprenante. Les atteintes chroniques lors d'une chondrocalcinose évoluaient vers des destructions cartilagineuses et donc une arthrose secondaire, surtout chez les personnes relativement jeunes. Chez le recourant, le premier médecin semblait avoir été attentif à cette maladie, puisqu'il avait décidé tout d'abord un traitement conservateur, suivi d'une première arthroscopie en l'absence de progrès. Au vu des IRM pré- et post-opératoires, la résection méniscale ne paraissait pas avoir été trop importante, l'anse de seau devant être relativement petite. Après cette intervention, il y aurait eu lieu d'être très prudent quant à une nouvelle intervention chirurgicale. Le raisonnement du Prof. J_____ pour justifier une nouvelle arthroscopie pouvait se défendre dans le cas d'un ménisque dégénératif qui aurait induit une languette aboutissant à des blocages et des lâchages. Cependant, on ne se trouvait pas dans une telle situation, et le fait de réopérer régulièrement pour réséquer de plus en plus le ménisque ne pouvait pas stopper cette maladie rhumatismale. La production de cristaux de calcium pyrophosphates continuait et ceux-ci allaient toucher les cartilages et aboutir à une chondropathie plus ou moins importante, puis finalement une arthrose. Ceci expliquait l'apparition au fil des quatre arthroscopies et des multiples IRM d'une diminution de

l'épaisseur cartilagineuse du condyle fémoral interne et de la rotule, évolution bien connue dans le cadre d'une telle maladie. Le Dr M_____ était néanmoins surpris par les cinq arthroscopies réalisées au total et la mise en évidence à chaque fois d'une atteinte méniscale, la première fois en anse de seau, puis sous forme de languette par la suite. L'expert a souligné que le ménisque était une relativement petite structure et que si un morceau avait été réséqué à chaque arthroscopie, il peinait à comprendre qu'il en reste assez pour entraîner à nouveau des déchirures suffisantes aboutissant à des blocages, d'autant moins que le Prof. J_____ avait indiqué après la troisième arthroscopie être allé jusqu'au mur méniscal, donc avoir ôté toute la corne postérieure. Il s'interrogeait également sur le dernier traitement. Dans le cadre d'une chondrocalcinose, il comprenait mal l'espoir d'une amélioration par greffe cartilagineuse. Même si cette dernière s'incorporait correctement, elle serait forcément touchée par contact par cette maladie, avec un résultat risquant d'être très décevant à court terme. En l'état actuel des connaissances, en-dehors des traitements par anti-inflammatoires, corticoïdes ou colchicine, la seule autre façon de stabiliser la situation consistait en la mise en place d'une prothèse, lorsque le cartilage était suffisamment usé. Cette solution donnait un bon résultat selon les études. Concernant la causalité naturelle entre l'accident et l'évolution du genou droit, le traumatisme était survenu sur un état antérieur manifeste. L'expert a retenu que les déchirures méniscales répétitives de l'assuré relevaient de lésions assimilées à un accident selon la réglementation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. Ces atteintes étaient manifestement imputables à la chondrocalcinose. Le recourant présentait en outre au genou droit une chondropathie de stade III - IV du condyle A/1621/2023 - 21/28 - interne, survenue progressivement après l'événement, dans le cadre de l'évolution classique d'une chondrocalcinose. Cette chondropathie n'avait pas été provoquée ou décompensée par l'événement. S'agissant de la décompensation d'un état antérieur, le traumatisme avait pu être un facteur aggravant d'une lésion méniscale préexistante liée à la chondrocalcinose. Même si cette décompensation ne pouvait être prouvée de manière probante, on ne pouvait pas l'exclure. Dans ce contexte, on pouvait reconnaître une aggravation de cet état antérieur, et ainsi admettre la prise en charge de la première arthroscopie, au moins à but diagnostique. L'état s'était à nouveau dégradé par la suite et avait nécessité d'autres investigations, puis de nouvelles interventions chirurgicales. L'évolution défavorable aurait dû commencer à remettre en question la causalité naturelle avec le traumatisme des plaintes perdurant au vu de cette maladie rhumatismale, d'autant plus que lors de la sortie de la CRR, les médecins notaient une évolution légèrement favorable et une mobilité complète malgré une douleur au niveau de l'interligne fémoro-tibial interne, une marche sans boiterie et un épanchement désormais discret. On pouvait estimer que la chondrocalcinose devenait la cause principale de la problématique compte tenu de son évolution après une première crise, et définir un statu quo sine. Normalement, une lésion méniscale traumatique ayant entraîné une petite résection se guérissait en deux à trois mois. Dans le cadre d'une maladie rhumatismale, on pouvait admettre un délai prolongé jusqu'à six à neuf mois. Chez le recourant, on pouvait retenir que ce statu quo sine était atteint à la sortie de la CRR, au plus tard le 4 août 2015. Au vu du statu quo sine posé, il n'aurait pas dû y avoir d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisque les troubles dégénératifs n'étaient plus dus au traumatisme, mais à l'évolution arthrosique de la chondrocalcinose. Le recourant présentait également des déchirures méniscales assimilées à un accident au genou gauche, liées à la chondrocalcinose. Ces troubles cartilagineux étaient survenus progressivement, dans le cadre de l'évolution classique d'une telle atteinte. Ils n'avaient pas été provoqués ou décompensés par l'événement, mais

relevaient d'une pathologie intercurrente. Une première arthroscopie, effectuée environ dix ans plus tôt, était mentionnée lors de l'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 23 juin 2015, soit un problème préexistant. Lors du traumatisme, aucun problème n'était signalé au genou gauche. Ce n'était que le 27 septembre 2017, soit presque trois ans plus tard, qu'une deuxième arthroscopie de cette articulation avait eu lieu. Le lien de causalité retenu par le Prof. J_____ dans son avis du 9 janvier 2018 entre les douleurs du genou droit et celles du genou gauche n'était pas probant, une atteinte d'une articulation controlatérale portante par surcharge n'ayant jamais été prouvée et la chondrocalcinose touchant plusieurs articulations. Par ailleurs, le recourant disait ne plus avoir eu de problème au genou gauche depuis cette intervention, ce qui était cependant contredit par l'IRM du 1er mai 2018, qui montrait à nouveau une lésion du ménisque interne résiduel, fréquente en cas de chondrocalcinose. En conclusion, le genou gauche était en train de suivre le même parcours que le droit, en raison

A/1621/2023 - 22/28 - de l'arthropathie microcristalline, et non en relation avec une surcharge d'utilisation. La causalité naturelle entre les atteintes du genou gauche et l'événement du 17 novembre 2014 n'était donc pas vraisemblable.

E. 7.2

Dans son complément d'expertise du 10 septembre 2021, le Dr M_____ a complété l'examen clinique, qui a révélé un très léger empâtement persistant du genou droit, mais une fonction en flexion-extension tout à fait symétrique au côté gauche, et une amyotrophie de 2 cm du quadriceps droit par rapport au côté controlatéral. S'agissant du rapport du Prof. J_____ du 26 mars 2021, il n'évoquait pas la problématique liée à la chondrocalcinose et ne prenait pas position sur les conclusions du Dr M_____. Quant au recourant, il n'avait aucun élément médical pour contester l'expertise, et en particulier la chondrocalcinose. Le reproche du recourant sur le fait que l'expert n'aurait pas procédé à d'autres analyses à la recherche d'éventuelles autres pathologies était sans pertinence sur le plan de la causalité naturelle, car les clichés initiaux et les suivants suffisaient à poser le diagnostic de chondrocalcinose. Le fait que le genou gauche ne connaisse pas les mêmes limitations ne suffisait pas à admettre un lien de causalité entre l'accident et les troubles du genou droit, l'évolution des articulations controlatérales étant très aléatoire par rapport à une même pathologie. La chondrocalcinose elle-même avait une évolution très variable et très différente d'un individu à l'autre. Le fait que le recourant ne souffre désormais plus du genou droit ne signifiait pas qu'une dégradation avec un risque d'arthrose secondaire sévère ne pouvait pas se produire. Le recourant soutenait que le rapport d'IRM du genou droit du 27 novembre 2014 ne montrait pas d'anomalie pathologique. Cependant, les clichés radiologiques réalisés après l'accident montraient bien une chondrocalcinose, et l'IRM mentionnait une large lésion fissuraire oblique de la corne postérieure du ménisque interne atteignant la surface articulaire, confirmant pour l'expert une déchirure, associée à une amputation du bord libre du versant externe de la corne postérieure du ménisque interne. Il y avait donc bien une atteinte. Partant, le rapport du Prof. J_____ du 26 mars 2021 et les remarques du recourant n'apportaient pas d'éléments susceptibles de modifier les conclusions du Dr M_____.

E. 7.3

Le Dr M_____ a également répondu le 28 mars 2022 aux remarques du Prof. J_____ du 5 novembre 2021. Il a noté que l'absence de pseudo-goutte chez le recourant n'était pas un

critère suffisant pour exclure une chondrocalcinose, car la majorité des patients atteints de chondrocalcinose ne présentait pas de tels phénomènes. Il était vrai que 75% des chondrocalcinoses paraissaient asymptomatiques et étaient souvent des découvertes fortuites sur des radiographies. Cependant, un examen approfondi pouvait révéler des manifestations d'un trouble arthritique. De plus, chez le recourant, les médecins avaient au début voulu traiter une déchirure méniscale interne qui semblait banale. Or, après la première intervention, un état inflammatoire chronique fluctuant avait perduré malgré cinq injections de

A/1621/2023 - 23/28 - cortisone, et même après le séjour à la CRR. Cette évolution particulière ne pouvait être expliquée uniquement par une résection méniscale interne partielle. En l'absence d'autres facteurs médicaux mis en évidence, on devait considérer que la chondrocalcinose jouait un rôle important dans cette évolution négative. Selon le Dr M_____, qui s'est référé à un article sur ce point, il était faux d'affirmer que la gonarthrose par chondrocalcinose survenait selon une topographie différente de celle trouvée chez le recourant. Il était également faux de soutenir que les chondrocalcinoses symptomatiques étaient souvent polyarticulaires et ne créaient pas d'instabilité, mais des douleurs avec un syndrome local inflammatoire que n'avait jamais présenté le recourant. De plus, ce dernier avait bien gardé des signes inflammatoires chroniques et des douleurs depuis l'événement. Concernant l'instabilité, il était important de souligner que les médecins ne l'avaient pas décrite au départ, et que des déroboements étaient mentionnés pour la première fois en juillet 2016 par le Dr E_____. De plus, l'IRM du 5 août 2016 ne montrait aucune lésion ligamentaire, mais seulement une atteinte perdurant des cornes postérieures des deux ménisques avec une chondropathie fémoro-tibiale interne débutante. Même le Prof. J_____ ne décrivait pas de laxité pathologique lors de sa prise en charge initiale ou dans le protocole opératoire de juin 2017, et mentionnait une instabilité sur la lésion cartilagineuse du condyle fémoral interne seulement dans un courrier du 19 juillet 2017. Dans ce contexte, on ne pouvait pas exclure la chondrocalcinose comme cause de cette symptomatologie mécanique. S'agissant du fait que la symptomatologie ne correspondrait pas au diagnostic différentiel pour la chondrocalcinose, le Dr M_____ a noté que cette atteinte induisait une perte d'élasticité et d'homogénéité des ménisques, et partant de leur effet amortissant, puis secondairement une arthrose. Il s'agissait ainsi bien d'un diagnostic différentiel pertinent. L'affirmation du Prof. J_____ sur le caractère incertain de l'association entre arthrose et dépôts de cristaux de calcium était fautive, selon la méta-analyse ressortant d'une étude sur ce point. Quant à l'excellent résultat de la greffe ostéochondrale du 23 octobre 2020, qui démontrerait que la chondrocalcinose n'était pas responsable des douleurs, il était vraisemblablement lié en grande partie à l'effet lavage du genou, et au repos et à la charge partielle liée à l'ostéotomie tibiale de valgisation. Le fait que la greffe ne montre pas de foyer de calcinose n'était pas une preuve irréfutable, car on ne savait pas comment elle fonctionnait, les cellules étant disposées de manière aléatoire sans évidence d'alignement. Compte tenu du délai relativement court entre cette greffe et la biopsie, on ne pouvait pas garantir que l'évolution resterait favorable. Les études montraient que ces greffes étaient correctes à 24 mois et commençaient à se délaminer après trois à cinq ans. Elles servaient à retarder l'implantation d'une prothèse mais ne permettaient pas de retrouver une articulation normale. De plus, le pyrophosphate s'alliait au calcium pour former des microcristaux essentiellement dans la synovie et les tissus adjacents, de sorte

A/1621/2023 - 24/28 - qu'il n'était pas surprenant qu'à moyen terme, il n'y en ait pas dans les chondrocytes implantés. Il s'agissait en effet d'une allogreffe. Cela expliquait également le résultat de la biopsie qui ne révélait pas de microcristaux. En conclusion, le Dr M_____ s'en tenait à son précédent rapport.

E. 8

Il y a lieu d'examiner si l'expertise du Dr M_____ satisfait les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

E. 8.1

Il convient en préambule de souligner que les griefs du recourant quant au défaut d'impartialité de ce médecin ont déjà été tranchés par la chambre de céans, et qu'il n'existe aucun motif de s'écarter de cette appréciation. On se contentera d'ajouter que le recourant se prévaut dans ce cadre avant tout d'agissements du Dr N_____, ce qui à l'évidence ne suffit pas à fonder une apparence de prévention du Dr M_____. De plus, il est usuel – voire même indispensable – qu'un expert prenne connaissance des conclusions des autres médecins, sur lesquelles il lui est généralement demandé d'exposer pourquoi il s'en écarte ou s'y rallie. Dans ces circonstances, la connaissance du rapport du Dr N_____ ne peut pas être reprochée au Dr M_____. Il n'existe de plus aucun indice que ces médecins se seraient entendus sur les conclusions de leurs expertises respectives.

E. 8.2

En outre, l'expertise du Dr M_____ et ses compléments répondent en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux. Ils sont fondés sur l'étude du dossier complet du recourant, sur son anamnèse et ses plaintes, et ont été établis après une analyse approfondie des documents radiologiques et plusieurs examens cliniques. Ce médecin a posé des diagnostics clairs et ses conclusions sont solidement motivées, et étayées par de nombreuses références à la littérature. Le Dr M_____ a en outre répondu point par point aux critiques du Prof. J_____ et du recourant, citant dans ce cadre les références scientifiques sur lesquelles il fondait sa position. Tant son rapport initial que ses compléments sont convaincants et exempts de contradictions, et les explications sur ses divergences avec le Prof. J_____ sont solidement motivées, de sorte que son expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante. La chambre de céans ne s'écartera ainsi pas des conclusions du Dr M_____, selon lesquelles les troubles du recourant n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident dès le 4 août 2015, mais étaient manifestement imputables à la chondrocalcinose. Cette expertise permet également d'exclure un lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles du genou gauche. On peut ici préciser que ce médecin a établi le lien de causalité entre la chondrocalcinose et les troubles du genou droit subsistant après le 4 août 2015 non pas selon la vraisemblance prépondérante, comme semble le retenir l'intimée

A/1621/2023 - 25/28 - dans sa décision, mais bien au degré de preuve requis en matière de lésions assimilées sous l'ancien droit, puisqu'il a indiqué que les troubles du recourant au genou droit subsistant après août 2015 étaient « manifestement imputables » à la chondrocalcinose.

E. 8.3

Les conclusions du Dr M_____ sont en outre corroborées par les avis de la Dre L_____. Dans son appréciation d'août 2018, celle-ci, sans analyser de manière particulièrement

poussée l'incidence de la chondrocalcinose dans le cas du recourant, avait déjà relevé que la lésion méniscale initiale en anse de seau avait été réparée par le geste pratiqué par le Dr C_____. On observera que le Dr D_____ semblait lui aussi pencher en faveur du caractère dégénératif de la lésion méniscale. En octobre 2015, le Dr C_____ mentionnait lui aussi la décompensation d'une arthrose – soit un phénomène dégénératif – après une déchirure du ménisque interne, sans toutefois soutenir que ladite décompensation était induite par la lésion méniscale. Les conclusions du Dr E_____ dans ses rapports du 28 juillet et du 17 août 2016 semblent également conforter la position du Dr M_____, puisque ce rhumatologue notait d'une part une arthrose qui s'aggraverait même en cas d'arthroscopie, et d'autre part qu'une telle intervention n'améliorerait pas l'instabilité si celle-ci n'était pas due à la lésion méniscale. Or, le recourant a subi plusieurs arthroscopies sans résultats significatifs, ce qui tendrait selon l'avis du Dr E_____ à démontrer que la lésion méniscale n'était pas à l'origine de l'instabilité. Le Prof. J_____ a lui-même attesté le 19 juillet 2017 que les lésions du genou droit constatées lors de l'arthroscopie du 1er juin 2017 n'existaient pas sur l'IRM effectuée après l'intervention du 20 janvier 2015. Ce long délai d'apparition de ces lésions tend également à accréditer l'absence de lien de causalité avec l'accident de novembre 2014, un raisonnement post hoc, ergo propter hoc n'étant pas suffisant pour fonder une telle relation, comme on l'a vu. Quant à la nouvelle lésion méniscale rapportée par le Prof. J_____ en février 2018 à la suite d'une chute, on peut se demander si celle-ci ne relèverait le cas échéant pas d'un nouvel accident, dont l'intimée ne répondrait pas nécessairement, au vu du lien de causalité entre l'instabilité du genou droit et l'événement initial écarté par les Drs L_____ et M_____.

E. 8.4

Les arguments avancés par le Prof. J_____ dans son rapport du 5 novembre 2021 ont été écartés de manière probante par le Dr M_____ dans ses compléments d'expertise, comme on l'a vu. On soulignera du reste que le chirurgien traitant entend notamment nier l'existence d'une chondrocalcinose dans son rapport de novembre 2021, au motif que le recourant n'aurait jamais présenté de syndrome inflammatoire chronique. Or, le recourant a bien déclaré lors de son audition que depuis 2015, son genou présentait des rougeurs, des douleurs et un gonflement, soit des symptômes classiques d'une inflammation (cf. sur ce point Inflammation — [Wikipédia (wikipedia.org)]). Le recourant soutient pour l'essentiel que la chondrocalcinose n'aurait pas été importante, au vu des termes utilisés par les médecins dans leurs rapports pour la

A/1621/2023 - 26/28 - décrire. Cependant, même s'il fallait retenir que la chondrocalcinose était peu étendue, cela n'ôterait rien à la pertinence des explications du Dr M_____. Par ailleurs, la prévalence plus importante de la chondrocalcinose chez des patients âgés ne signifie pas qu'elle ne peut pas affecter des sujets de l'âge du recourant, et il est dans le cas d'espèce indubitable que cette pathologie a bien été diagnostiquée sur plusieurs radiographies – dont celles concomitantes à l'accident – et relevée par des médecins traitants. On soulignera encore qu'une radiographie du genou droit du 1er décembre 2020 mentionnait encore une chondrocalcinose méniscale externe marquée. S'agissant du fait que le statu quo sine aurait été déterminé de manière théorique et abstraite par le Dr M_____, les principes dégagés par la jurisprudence se réfèrent avant tout à la fixation du statu quo selon l'évolution habituelle et prévisible d'une lésion, alors que dans le cas d'espèce, l'expert s'est prononcé a posteriori, après examen de l'ensemble des pièces du dossier et des documents radiologiques, soit en fonction de l'évolution concrètement observée. Ce point

de l'expertise ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

E. 8.5

Par surabondance, dès lors que le recours porte sur le droit aux indemnités journalières, subordonné à la non-stabilisation de l'état de santé, force est de constater qu'aucun traitement particulier n'était sérieusement envisagé après le 31 mai 2016, date à laquelle l'intimée a mis pour la première fois un terme à ses prestations. Partant, pour ce motif également, le droit aux indemnités journalières ne saurait être admis. De plus, les médecins de la CRR considéraient – de façon il est vrai prospective – que l'état serait stabilisé quelque trois mois après la fin du séjour du recourant dans cet établissement. Le Dr D_____ préconisait en particulier essentiellement des séances de rééducation et une adaptation et l'antalgie à la sortie de la CRR, soit des mesures médicales qui ne suffisent pas à exclure une stabilisation, conformément à la jurisprudence citée. Les brefs rapports du médecin des HUG de novembre et décembre 2015 dont se prévaut le recourant, qui mentionnent uniquement la poursuite de la physiothérapie, n'y font pas non plus obstacle, pour les mêmes motifs. S'il est vrai que le recourant a par la suite subi plusieurs interventions – lesquelles ne sont cependant selon les constatations de l'expert pas en lien de causalité avec une lésion d'origine accidentelle – il faut rappeler que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2). Or, à la date du statu quo fixée par le Dr M_____, aucun traitement censé amener une amélioration significative n'était envisagé. En octobre 2015, le Dr C_____ a certes évoqué une ostéotomie de valgisation, sans toutefois poser d'indication concrète et immédiate ou même à moyen terme à une telle intervention, puisqu'il a qualifié cette option thérapeutique d'éventualité.

A/1621/2023 - 27/28 - Le recourant soutient encore que la stabilisation de l'état de santé ne pourrait pas être admise jusqu'à janvier 2021, puisqu'il aurait été jusqu'à cette date incapable d'exercer une activité. Sur ce point, la chambre de céans relève d'une part que la persistance d'une incapacité de travail ne signifie pas que l'état n'est pas stabilisé. D'autre part, s'il n'est pas contesté que l'incapacité de travail est totale et définitive dans la profession habituelle depuis l'accident de novembre 2014, le Dr C_____ mentionnait une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès octobre 2015, et la Dre B_____ retenait également l'exigibilité d'une activité adaptée en janvier 2016. Aucun médecin traitant n'a exclu de capacité de travail dans une activité adaptée par la suite, les certificats du Prof. J_____ attestant certes une incapacité de travail totale mais ne se prononçant pas sur la capacité de gain dans un poste correspondant aux limitations fonctionnelles du recourant.

E. 8.6

Le recourant a sollicité la confrontation du Dr M_____ avec le Prof. J_____ lors d'une audience. Ces médecins s'étant prononcés à plusieurs reprises par écrit pour justifier leurs positions respectives, leur audition apparaît superfétatoire. Quant à l'expertise judiciaire requise par le recourant, la chambre de céans y renoncera également, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), au vu du caractère probant des rapports du Dr M_____. En particulier, en tant que le recourant justifie cette mesure par l'animosité alléguée du Dr M_____ à l'endroit du Prof. J_____, on soulignera qu'on n'en trouve pas trace dans les rapports du premier cité. Par ailleurs, on voit mal la pertinence d'un

complément destiné à déterminer si les soins prodigués ont été adéquats, dès lors qu'une éventuelle violation des règles de l'art dans le traitement administré au recourant relève de la responsabilité civile des médecins et non de l'intimée, sous réserve d'une erreur médicale relevant d'une confusion ou maladresse grossière et extraordinaire constituant un accident (cf. sur ce point arrêt du Tribunal fédéral 8C_418/2018 du 12 juillet 2019 consid 3.2), dont le recourant n'allègue pas la survenance. Compte tenu des éléments qui précèdent, la décision de l'intimée mettant un terme aux prestations au 4 août 2015 – tout en renonçant à exiger la restitution des prestations versées pour la période du 5 août 2015 au 31 août 2018 – doit être confirmée.

E. 9

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA).

A/1621/2023 - 28/28 - 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.