

GE_GERICHTE A/1489/2012 vom 7. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1489_2012

FR: GE_GERICHTE A/1489/2012 du 7 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/1489/2012 del 7 marzo 2013

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur F _____, domicilié à Chêne-Bourg, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourant contre COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, sise Wuhrmattstrasse 21, 4103 BOTTMINGEN intimée EN FAIT Monsieur F _____ (ci-après l'assuré), né en 1959, est brigadier dans la gendarmerie et assuré à ce titre contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès de la COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE (ci-après : l'assurance). Le 20 août 2010, l'employeur de l'assuré a annoncé à l'assurance un accident survenu le 11 juillet précédent : en tombant à moto, l'assuré avait subi une entorse du genou gauche ayant entraîné une incapacité de travail à compter du 16 août 2010. Le 30 août 2010, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que le traitement avait débuté le 12 août 2010. L'assuré était tombé sur son genou gauche alors qu'il était à l'arrêt sur sa moto. Il avait subi 30 ans auparavant un enclouage après fracture du tibia. Les radiographies ne montraient pas de lésion osseuse récente. Le diagnostic était celui d'entorse du genou gauche. L'incapacité de travail avait été totale du 18 au 29 août et serait de 50 % dès le 30 août, la reprise étant prévue le 6 septembre 2010. Le même jour, le Dr M _____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche qui a montré des signes compatibles avec une déchirure oblique du corps du ménisque externe, associée à une atteinte radiare du bord libre, à une mise à nu de l'os sous-chondral au niveau de la zone portante du condyle fémoral interne (lésion de grade IV) et à une érosion cartilagineuse touchant au moins la moitié de l'épaisseur du cartilage trochléaire et du tiers moyen de la rotule, associées à une fissure s'étendant a priori jusqu'à l'os sous-chondral au tiers inférieur de la facette rotulienne interne, ainsi qu'à un épanchement intra-articulaire et à un kyste de Baker. Dans un questionnaire rempli le 1^{er} septembre 2010, l'assuré a précisé être tombé alors qu'il faisait demi-tour sur la route. Sa capacité de travail était de 50 % depuis le 30 août 2010. Dans un rapport rédigé le 10 septembre 2010, le Dr N _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu le diagnostic de gonalgies gauches sur poussée de chondropathie fémoro-tibiale interne post-traumatique. Le médecin a relevé que, selon l'anamnèse, l'assuré avait des antécédents d'arthrite septique du genou droit à haemophilus influenzae probablement d'origine pulmonaire en 2001 et un status après tendinite du sus-épineux de l'épaule droite en 2004, dont l'évolution avait été favorable. L'assuré avait développé des troubles dégénératifs du genou droit en lien avec l'arthrite septique, nécessitant deux arthroscopies pour lavage articulaire. Il était gêné par des douleurs mécaniques qui ne l'empêchaient toutefois pas d'exercer sa profession. Il souffrait également d'une chondropathie fémorale interne du côté gauche, ayant entraîné une arthroscopie en novembre 2002 lors de laquelle le chirurgien avait décrit une chondropathie fémorale interne de grade III. L'assuré avait cependant pu poursuivre ses activités professionnelles et

sportives malgré ces lésions relativement avancées. Les gonalgies dont il souffrait encore étaient apparues lors d'un accident à moto, au cours duquel l'assuré avait voulu se rattraper en surchargeant son membre inférieur gauche. Il avait ressenti alors des douleurs assez diffuses du genou gauche et une tuméfaction de cette articulation. L'IRM avait mis en évidence une déchirure oblique du corps du ménisque externe et révélé les troubles dégénératifs sous forme de chondropathie de degré IV du condyle fémoral interne, associée également à des troubles dégénératifs de la face interne de la rotule. L'évolution clinique avait été favorable sous traitement conservateur et l'assuré ne se plaignait désormais pour ainsi dire plus de douleurs à ce niveau. A l'examen clinique, le Dr N _____ a constaté un discret épanchement au niveau du genou gauche mais pas d'instabilité au testing ligamentaire ni de signe méniscal. Il a conclu qu'au plan diagnostique, les douleurs apparues étaient une exacerbation aiguë d'un problème chronique touchant le condyle fémoral interne de l'articulation. Il a émis l'avis qu'en cas de récurrence des douleurs, il serait opportun de procéder à des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique. Par courrier du 17 septembre 2010, l'assurance a annoncé à l'assuré qu'elle prendrait en charge les suites de son accident. Le 8 novembre 2010, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche avec résection de la lésion méniscale externe et régularisation et shaving des lésions chondrales fémorales internes et micro-fractures de Steadman, pratiquée par le Dr O _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Par courrier du 9 novembre 2010, l'assurance a indiqué à la Clinique de la Colline, où l'assuré avait été opéré, qu'elle prendrait son séjour en charge pour autant qu'il soit lié aux conséquences de l'accident du 11 juillet 2010. Dans un rapport du 17 décembre 2010, le Dr O _____ a diagnostiqué une contusion-distorsion du genou gauche, une déchirure du ménisque externe et une lésion cartilagineuse fémorale interne. Il a indiqué avoir constaté, le 9 décembre, que la mobilité de l'assuré s'était améliorée. L'arthroscopie subie en 2002 influait sur le processus de guérison. Le traitement, sous forme de physiothérapie, continuait et la reprise du travail était prévue à 50 % le 20 décembre. Un poste de travail approprié devait être trouvé et un dommage permanent sous forme d'une arthrose précoce post-traumatique du genou gauche était à craindre. Le 23 décembre 2010, le Dr O _____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 8 novembre au 19 décembre 2010 et de 50 % du 20 décembre au 24 décembre 2010. La capacité de travail serait complète dès le 25 décembre 2010. Une inspectrice de l'assurance s'est entretenue avec l'assuré en date du 29 avril 2011. L'intéressé a expliqué avoir chuté sur le côté gauche avec sa moto et s'être alors heurté le genou sur le macadam avant de se relever, de pousser sa moto et de repartir. Il avait ressenti une douleur mais n'avait pas consulté immédiatement car elle était tout à fait supportable et il pensait qu'elle disparaîtrait. Les douleurs s'étant un peu intensifiées en août, il avait consulté le Dr L _____. Il avait marché quelque temps avec des béquilles avant de voir son état s'améliorer. En septembre 2010, il était parti en vacances en Grèce et avait à nouveau ressenti des douleurs plus intenses à la marche, qui s'étaient par la suite amplifiées. L'inspectrice en a conclu que, depuis l'accident, l'assuré avait toujours souffert de douleurs, qui s'étaient amplifiées avec le temps. Il avait subi une arthroscopie au genou gauche en 2002 mais n'avait pas souffert de cette articulation avant l'événement de juillet 2010 et avait pu exercer ses activités professionnelles et privées sans problème. Dans une note interne du 31 mai 2011 contresignée par son médecin-conseil, le Dr P _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assurance a relevé que ce dernier avait émis en date du 12 mai 2011 l'avis que le statu quo était atteint lors de la consultation du Dr N _____ du 8 septembre 2010 puisque ce spécialiste n'avait rien signalé de particulier. S'agissant des

récidives survenues début novembre 2010, on distinguait sur les photographies de l'opération un aspect dégénératif du ménisque externe et des troubles du cartilage. La causalité avec l'accident du 11 juillet 2010 était possible, tout au plus. Par décision du 30 juin 2011, l'assurance a admis que l'assuré avait subi un accident et que l'entorse diagnostiquée par le Dr L_____ était en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec cet événement. Elle a relevé que, selon le Dr P_____, les douleurs au genou gauche avaient quasiment disparu lors de la consultation du Dr N_____ et que les photographies de l'arthroscopie du 8 novembre 2010 révélaient un aspect dégénératif du ménisque externe et des troubles du cartilage. Elle en a tiré la conclusion que l'on ne pouvait admettre au degré de la vraisemblance prépondérante la nature traumatique de ces lésions et qu'à compter du 9 septembre 2010 - date à laquelle avait été atteint le statu quo sine - la persistance des douleurs n'était pas imputable à l'accident mais à l'état préexistant du genou gauche, sa responsabilité n'était donc engagée que jusqu'au 8 septembre 2010 ; dès le lendemain, les frais de traitement incombait à l'assurance-maladie, à laquelle une copie de la décision était notifiée. Le 29 août 2011, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant que le Dr N_____ lui avait affirmé qu'il y avait un risque de récurrence des douleurs. L'assuré a ajouté que l'intervention du Dr O_____ consistant en la résection et la régularisation du ménisque externe, elle avait donc pour but de remédier aux suites de l'accident et non de guérir un état dégénératif préexistant. L'assuré a relevé en outre que, dans son avis, le Dr P_____ avait admis une causalité possible le 12 mai 2011 et ainsi admis que les suites de l'accident s'étendaient au 31 mai 2011, de sorte que l'assurance devait prendre en charge les suites de l'accident jusqu'à cette date, voire au-delà. Par décision du 16 avril 2012, l'assurance a confirmé sa décision précédente. L'assurance a constaté que le traitement médical avait pris fin le 5 septembre 2010, que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 6 septembre 2010. Elle a considéré que l'appréciation du Dr P_____ - selon laquelle un lien de causalité était tout au plus possible - n'était contredite par aucun avis médical, le Dr N_____ ayant au contraire souligné que l'assuré ne se plaignait plus de douleurs en septembre 2010. L'assurance en a tiré la conclusion qu'elle avait à juste titre nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles du genou gauche et l'accident du 11 juillet 2010 au-delà du 8 septembre 2010. Par acte du 15 mai 2012, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant sous suite de dépens, à ce que l'assurance-accidents lui verse des prestations au-delà du 8 septembre 2010, et prenne notamment en charge l'intervention du 8 novembre 2010. Le recourant allègue qu'il ressort clairement des rapports du Dr O_____ que l'intervention chirurgicale a été pratiquée en raison de lésions chondrales fémorales et d'une déchirure du ménisque dont il soutient qu'elle était incontestablement en lien avec l'accident. L'IRM l'a mise en évidence et le Dr P_____ ne prétend pas le contraire. Le recourant ajoute que le Dr N_____ a clairement indiqué que les troubles dégénératifs concernaient le genou droit et n'a qu'accessoirement fait état de troubles dégénératifs à gauche. Enfin, il relève que, selon la loi, les prestations sont également dues lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Ainsi, aussi longtemps que le statu quo n'est pas atteint, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état malade préexistant dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 juin 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimée reconnaît que le Dr N_____ a retenu le caractère post-traumatique des gonalgies mais soutient que cette notion médicale peut se rapporter à des événements et à des effets qui ne correspondent pas à la définition légale de l'accident. L'intimée se réfère

aux conclusions de son médecin-conseil et allègue qu'en cas d'avis médicaux divergents, il y a lieu de préférer l'avis du spécialiste mandaté par l'assurance plutôt que celui du médecin traitant de l'assuré. L'intimée allègue qu'en l'espèce, ni le Dr N_____ ni le Dr O_____ n'ont attesté d'une quelconque relation de causalité entre l'événement de juillet 2010 et les troubles du genou apparus début novembre 2010. Le Dr N_____ a d'ailleurs parlé d'exacerbation aiguë d'un problème chronique. L'intimée en tire la conclusion qu'il n'y a pas eu avis divergent de celui du Dr P_____ et que le recourant ne démontre au demeurant pas pourquoi l'avis objectif de ce dernier devrait être écarté. L'intimée conclut qu'il convient d'admettre qu'à compter du 8 septembre 2010, les troubles du genou gauche n'ont plus été en lien de causalité naturelle avec l'événement du 11 juillet 2010. Dans sa réplique du 30 août 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il maintient que le lien de causalité est incontestable à la lecture du rapport du Dr N_____ puisque ce dernier a précisé que les troubles avaient débuté au moment de l'accident. Il ajoute qu'une déchirure du ménisque est une lésion assimilée à un accident et donne droit aux prestations sans réduction, même si l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Enfin, il relève que l'IRM du 30 août 2010 a mis en évidence la déchirure méniscale ayant donné lieu à l'intervention, dont la prise en charge constitue l'objet principal du litige. Après transmission de cette écriture à l'intimée, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à ses prestations le 8 septembre 2010, plus précisément sur la question de savoir si l'existence d'un lien de causalité entre les troubles du genou gauche ayant subsisté après cette date et l'accident du 11 juillet 2010 peut être admise. Le fait que le recourant ait été victime d'une lésion assimilée à un accident lors de l'événement du 11 juillet 2010 n'est en revanche pas litigieux. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité

journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPG), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou le cas échéant le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATFA non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc, ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3). L'art. 36 LAA régit la responsabilité de l'assureur-accidents en cas de concours de diverses causes de dommages. Selon l'alinéa premier de cet article, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cette disposition rompt partiellement avec le principe d'une assurance causale en faveur d'une assurance finale, c'est-à-dire d'une assurance appelée à verser des prestations indépendamment de l'origine de l'événement assuré. Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est en revanche pas applicable lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps (Jean-Maurice FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Soziale Sicherheit, SBVR, 2007, pp. 929-930 nn. 287 et 290). 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'assuré est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la

vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; ATFA non publié U 270/00 du 31 janvier 2001, consid. 2b). 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 (ATFA non publié U 149/99 du 7 février 2000, consid. 3). 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. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). 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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 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). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 de l'expert soient dûment

motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). En l'espèce, la décision dont est recours se fonde sur l'avis du Dr P_____. Du point de vue formel, cet avis ne satisfait pas aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante des rapports médicaux. Il consiste en effet en quelques lignes rapportées par un collaborateur de l'intimée et sa motivation n'est guère suffisante. Le médecin-conseil de l'intimée se contente de relever l'aspect dégénératif qui apparaît sur les clichés de l'arthroscopie réalisée par le Dr O_____. Or, la présence de phénomènes dégénératifs du genou gauche ne suffit nullement à nier l'existence d'une atteinte traumatique causée par l'accident de juillet 2010. En effet, l'IRM réalisée en août 2010 a notamment mis en évidence une déchirure oblique du corps du ménisque externe et le rapport du radiologue ne permet pas de conclure à l'origine dégénérative de cette lésion. L'intervention pratiquée par le Dr O_____, dont la prise en charge est litigieuse, avait en outre précisément pour but le traitement de cette lésion. Par surabondance, on ajoutera que même si la déchirure du ménisque décelée par le Dr Q_____ était exclusivement d'origine dégénérative, il n'est pas exclu qu'elle ait pu être décompensée par l'accident de juillet 2010, auquel cas, le traitement serait de toute façon à la charge de l'intimée, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus. Quant à l'argument de l'intimée qui soutient par ailleurs qu'il ressort du rapport de son inspectrice du 29 avril 2011 que le recourant aurait toujours souffert de douleurs, qui se seraient amplifiées avec le temps, il ne peut qu'être écarté car cette allégation repose sur une lecture erronée dudit rapport. En effet, l'inspectrice a au contraire noté que, depuis l'arthroscopie réalisée en 2002 et jusqu'à l'accident de juillet 2010, le recourant n'avait pas ressenti de douleurs au genou gauche. L'intimée ne peut pas non plus se prévaloir du fait qu'aucun médecin n'a établi de lien de causalité entre les troubles du genou postérieurs au 8 septembre 2010 dans la mesure où elle n'a pas interrogé les médecins traitants sur ce point - alors qu'il lui appartenait de le faire en vertu de son obligation d'instruire la demande d'office ancrée à l'art. 43 al. 1 première phrase LPGa (qui dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin). D'autant que le Dr O_____ semble précisément admettre l'origine accidentelle de l'atteinte puisqu'il signale dans son rapport du 23 décembre 2010 que l'incapacité de travail est consécutive à l'accident. L'intimée aurait donc dû éclaircir ce point. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de cassation constate que les documents médicaux à sa disposition ne suffisent pas à établir ou à exclure au degré requis de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité entre l'accident du 11 juillet 2010 et les troubles du genou gauche ayant persisté au-delà du 8 septembre 2010. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, cette deuxième solution s'impose dès lors que l'intimée n'a pas procédé aux mesures

d'instruction nécessaires. Partant, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin que celle-ci complète l'instruction en interrogeant notamment le Dr O _____ et en faisant procéder à un examen approfondi du dossier par un spécialiste en chirurgie orthopédique, puis statue une nouvelle fois sur la base d'un rapport médical conforme aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule les décisions de l'intimée du 30 juin 2011 et du 16 avril 2012. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. 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 Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK 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.