

GE_GERICHTE A/1621/2023 vom 5. November 2024

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1621_2023

FR: GE_GERICHTE A/1621/2023 du 5 novembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/1621/2023 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 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

S'agissant de la recevabilité du recours, les conditions de délai et de forme prévues aux art. 56ss LPGA sont remplies.

E. 2.1

Au sujet des conclusions tendant à la prise en charge des frais dentaires en lien avec la chute alléguée en mars 2017, on rappellera que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls peuvent en principe être examinés et jugés les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, en règle générale sur opposition. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 12/01 du 9 juillet 2001 consid. 1).

E. 2.2

En l'espèce, la décision dont est recours est celle portant sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 4 août 2015. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait considérer qu'elle statue implicitement sur la prise en charge des soins dentaires en l'excluant, au motif qu'elle mettrait un terme aux prestations à une date antérieure. Le droit éventuel à la prise en charge des soins dentaires – le cas échéant dans le cadre d'une rechute – n'a en effet jamais été examiné par l'intimée dans une décision, de sorte que la conclusion dans ce sens est exorbitante au présent litige, et partant irrecevable.

E. 2.3

Le recours est en revanche recevable en tant qu'il porte sur le droit aux indemnités journalières après le 31 mai 2016, étant rappelé que la SUVA a déjà versé des indemnités journalières de CHF 32.50 du 22 mars 2017 au 31 août 2018.

E. 3

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on

entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

E. 4

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, 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 menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Il faut encore préciser 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).

E. 5

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2).

E. 5.1

Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 5.2

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). Aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2).

E. 5.3

En cas d'accident, il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le statu quo ante ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, 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 »). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références). Déterminer l'avènement du statu quo sine d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion ne suffit selon la jurisprudence pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité, à défaut d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

E. 5.4

L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 – applicable à la présente procédure eu égard à la date de l'accident initial, conformément aux principes de droit intertemporel selon lesquels la législation applicable en cas de changement de règles de droit est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) –, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident.

E. 5.4.1

L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 la liste des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, soit notamment les déchirures du ménisque (let. c).

E. 5.4.2

Pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, toutes les conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA devaient être réalisées, à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 3.2). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 4.2). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine (arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2 et les références citées). Dans le cas contraire, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2).

E. 5.4.3

La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancien droit a admis que les règles sur les lésions assimilées sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette

réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2, cf. également arrêts du Tribunal fédéral 8C_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). On relèvera à ce sujet que la situation diffère sous le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, qui contient à l'art. 6 al. 2 LAA une liste de lésions corporelles pour lesquelles l'assurance verse également des prestations, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La jurisprudence considère désormais que dans l'hypothèse d'un accident dont la survenance est admise, lorsqu'un assuré présente une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et qu'il n'y a pas de place pour l'analyse du droit aux prestations en vertu de la réglementation sur les lésions assimilées (ATF 146 V 51 consid. 9.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1).

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 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 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 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 1^{er} 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 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'avancait 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'élément susceptible 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 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 dérobolements 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 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 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 1^{er} 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 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 1^{er} 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. 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. f bis a contrario LPG). 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.