

# GE\_GERICHTE A/1727/2014 vom 24. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1727\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1727_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/1727/2014 du 24 mars 2015

IT: GE\_GERICHTE A/1727/2014 del 24 marzo 2015

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VIRY, France, représenté par le syndicat UNIA recourant contre VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Place de Milan, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1989, travaillait en tant que technicien en chauffage à la société B\_\_\_\_\_ SA et était de ce fait assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de la Vaudoise générale, compagnie d'assurances SA (ci-après l'assureur).! [endif]> [if> 2. Le 18 avril 2012, son employeur a annoncé à l'assureur qu'il était tombé dans un escalier et avait été blessé au genou gauche le 28 mars 2012. Il est en arrêt de travail depuis.! [endif]> [if> 3. Le 3 juillet 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré pouvait reprendre son travail à plein temps à compter du 4 juillet 2012.! [endif]> [if> 4. Le 19 septembre 2012, l'assuré a été victime d'un nouvel accident, une glissade en scooter, avec atteinte au genou droit. ! [endif]> [if> 5. Le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté d'une incapacité de travail à 100% du 2 octobre au 8 novembre 2012. L'incapacité de travail a été prolongée par le Dr C\_\_\_\_\_.! [endif]> [if> 6. Lors de la visite de l'expert en dommages de l'assureur au domicile de l'assuré, le 25 janvier 2013, celui-ci a expliqué que son genou droit allait mieux et que la problématique actuelle était en rapport avec le genou gauche, dans la mesure où il avait dû forcer sur ce dernier lorsqu'il était blessé au genou droit.! [endif]> [if> 7. Par courrier du 22 août 2013, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 octobre 2013.! [endif]> [if> 8. Par courrier du 12 septembre 2013, l'employeur a sollicité de l'assureur le paiement des indemnités journalières interrompu depuis le 1<sup>er</sup> février 2013.! [endif]> [if> 9. L'assuré a subi un examen le 24 septembre 2013 à la Consultation multidisciplinaire de médecine du sport de Cressy, à la demande du Dr C\_\_\_\_\_. Les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont retenu à l'origine des symptômes habituels un œdème osseux persistant au niveau du plateau tibial interne et peut-être une possible chondrolyse rapide post arthroscopique de ce compartiment. Ils proposent une mise en décharge du membre inférieur gauche à l'aide de deux cannes anglaises pour une durée de quatre semaines, une mise en place d'AINS systématiques dans un premier temps, la réalisation d'une unique perfusion de bisphosphonates type Arédia®, la reprise d'une physiothérapie de type dé-tonification afin de réduire le flexum ainsi qu'une balnéothérapie pour le renforcement du quadriceps en décharge. Ils précisent que sur le plan professionnel, une demande de reconversion professionnelle a déjà été demandée auprès de l'AI, sachant qu'aucune activité en position accroupie, à genoux, voire impliquant régulièrement des déplacements dans les escaliers, ne devrait être proposée. L'assureur est alors invité à prendre position sur une garantie d'hospitalisation de sept à dix jours à l'hôpital de Beau-Séjour ou à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à

Sion. 10. Invité à se déterminer, le médecin-conseil de l'assureur, le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a écrit au Dr C \_\_\_\_\_ le 25 septembre 2013 en ces termes : « à la suite de votre arthroscopie du 16 mai 2012, vous avez demandé deux nouveaux examens IRM en février et en avril 2013. Je vois mal l'intérêt du troisième, surtout deux mois plus tard. De toute façon, il s'agit d'une gonarthrose fémoro-tibiale déjà diagnostiquée à l'IRM du 20 avril 2012. Par conséquent, l'assureur n'a plus à intervenir pour le suivi de l'évolution défavorable en 2013 ». 11. Le 30 septembre 2013, le Dr C \_\_\_\_\_ a en réponse confirmé que « nous sommes bien en présence de séquelles d'un traumatisme avec actuellement un état de chondrolyse évoluant vers une arthrose et dont l'origine remonte simplement à l'accident du 28 mars 2012 ». Il explique en effet que les clichés radiologiques du mois d'avril 2013 ne montrent aucun signe d'atteinte dégénérative. Il relève que les lésions principales visualisées sur l'IRM du 20 avril 2012 sont essentiellement une contusion osseuse et une lésion méniscale. Il en conclut qu'il s'agit d'un traumatisme, et cela en particulier chez un patient qui n'était à l'époque âgé que de 23 ans et qui ne présentait aucun antécédent traumatique ni maladie anamnestique. 12. Par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'assureur a informé l'assuré que, s'agissant de l'accident du 28 mars 2012, ses prestations se limitaient aux frais médicaux et indemnités journalières jusqu'au 3 juillet 2012 y compris, étant précisé qu'il renonçait à demander le remboursement des frais assumés jusqu'au 31 janvier 2013, notamment l'incapacité de travail. Il considère en effet que l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 28 mars 2012 et les troubles au genou gauche, qui ont justifié la reprise d'un traitement médical, ainsi que d'une incapacité de travail à partir du 2 octobre 2012, n'a pas été démontrée. Selon l'assureur, l'assuré présente en effet des atteintes d'origine malade préexistantes à l'accident du 28 mars 2012 et expliquant l'évolution défavorable à partir d'octobre 2012. 13. L'assuré, représenté par UNIA Genève, a formé opposition le 28 octobre 2013. Il relève le profond désaccord entre le médecin-conseil et son médecin traitant, selon lequel les troubles actuels dont il souffre au genou gauche remontent à l'accident du 28 mars 2012. 14. L'assureur a alors décidé de soumettre l'assuré à une expertise, qu'il a confiée au Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a réalisé son expertise le 11 mars 2014. Il a retenu les diagnostics suivants : gonarthrose bilatérale prédominante fémoro-tibiale interne stade II selon la SFA, status 2 ans après probable entorse du genou gauche, status 22 mois après toilette méniscale interne par arthroscopie du genou gauche, status 18 mois après probable entorse bénigne du genou droit, coxarthrose droite débutante. Il constate en préambule que le diagnostic de gonarthrose bilatérale prédominante interne est indéniable, et qu'il s'agit d'une situation inquiétante, puisque la pathologie apparaît précocement, le patient n'étant âgé que de 25 ans. Il considère dès lors qu'une prédisposition génétique paraît indéniable, le patient présentant une arthropathie dégénérative de sa hanche. Une autre explication serait la pratique d'activités sportives soutenue durant l'adolescence et responsable de microtraumatismes répétés. Cependant, le patient dit avoir été peu sportif. A la question de savoir si l'événement du 28 mars 2012 a été ou non à l'origine de la lésion méniscale, l'expert répond que « c'est possible. Il s'agissait d'une lésion d'envergure. Usuellement, de telles lésions génèrent une clinique bruyante, douleurs, boiterie, épanchement conséquent. Ce ne fut pas tout à fait le cas de ce patient, qui a mis quelques jours pour consulter, la situation initiale de son genou étant manifestement peu inquiétante, de sorte que le degré de certitude (ou d'incertitude) ne peut être majoré. En outre, il convient de rappeler que les lésions méniscales complexes, ou

pluri-fragmentaires, sont généralement le reflet d'un contexte dégénératif, ménisque fragile, au contraire des lésions périphériques, ou encore des déchirures en lambeau, qui peuvent être à prédominance traumatique. Cet argument doit clairement faire évoquer, dans le cas du patient, la possibilité (ou la probabilité) d'une fragilité méniscale préalable. Elle irait d'ailleurs de paire avec le syndrome d'hyperpression évoqué plus haut, reflet d'une arthropathie dégénérative (ou micro-traumatique) en cours ! On n'exclut cependant pas la possibilité que l'événement qui nous concerne ait pu aggraver une supputée lésion méniscale préexistante, ou encore déchirer un ménisque fragilisé. Cette hypothèse expliquerait à la rigueur la clinique initiale relativement modérée, relativement bien supportée durant quelques jours, malgré une activité professionnelle quelque peu astreignante pour les genoux. Dans ce cas, l'implication de l'événement du 28 mars 2012 serait limitée dans le temps, ce d'autant plus que le traitement prodigué fut adéquat. Il a servi à éliminer la part traumatique du problème (supputée lésion méniscale surajoutée), mais a laissé l'arthrose évoluer. En général, la limite d'implication d'un tel événement traumatique ne dépasse pas les 3 à 6 mois, variant surtout en fonction de l'état de dégradation du genou (donc du stade dégénératif). C'est durant cette période que le patient avait retrouvé une fonction adéquate de son genou gauche, suffisante pour lui permettre de reprendre, encore quelque temps, ses activités professionnelles ! Dès lors, après ce délai (status quo ante/sine) il faudra considérer que le cursus du genou gauche fut régi (et continue à l'être) par le potentiel évolutif de l'arthropathie dégénérative, au même titre que pour les autres articulations atteintes ». L'expert conclut ainsi que la relation de causalité naturelle entre l'événement survenu le 28 mars 2012 et les plaintes/troubles constatés paraît hautement, voire très hautement, improbable. Selon lui, « l'événement en question a peut-être lésé un ménisque interne préalablement fragilisé par une arthropathie dégénérative en cours (précoce compte tenu du jeune âge). Le traitement de cette supposée lésion traumatique ayant été adéquat, sans complication inhérente notoire, le délai d'attente du statut quo ante/sine y relatif ne devait pas dépasser les 3-6 mois. Au-delà, il faut considérer que le cursus du genou gauche a été régi par le potentiel évolutif de son arthropathie dégénérative ou microtraumatique ». S'agissant du genou droit, la relation de causalité naturelle entre l'événement survenu le 19 septembre 2012 et les plaintes/troubles constatés a également été considérée comme hautement, voire très hautement, improbable par l'expert. 15. Par décision du 15 mai 2014, l'assureur, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, a rejeté l'opposition. 16. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 16 juin 2014. Il a complété son recours le 15 juillet 2014. Il produit une contre-expertise réalisée par le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, datée du 27 juin 2014, aux termes de laquelle « en aucun cas, l'état actuel de l'assuré ne peut être mis sur le compte d'une évolution naturelle du trouble dégénératif présent à son genou gauche si les éléments anatomiques de celui-ci avaient été conservés. Par conséquent, je m'oppose à la conclusion du Dr H\_\_\_\_\_ qui estime la relation de causalité naturelle comme hautement, voire très hautement, improbable. Pour ma part, je qualifierais cette relation comme probable, voire hautement probable, bien que des facteurs aggravants, présents préalablement à l'accident, soient présents au niveau de ce genou ». Le Dr I\_\_\_\_\_ s'est demandé si la déchirure du ménisque interne avec luxation de la languette méniscale survenue selon toute probabilité lors de l'événement du 28 mars 2012 et ayant conduit à une méniscectomie partielle n'est pas responsable des troubles consécutifs toujours présents au genou gauche. En effet, dans un contexte de surcharge mécanique du compartiment interne et chez un sujet visiblement prédisposé à développer

des atteintes articulaires dégénératives, il estime que l'absence de ménisque pourrait à elle seule expliquer une symptomatologie douloureuse se traduisant par un œdème osseux du plateau tibial interne lors de la dernière IRM réalisée. Il s'interroge également sur le fait que l'assuré ait pu entreprendre de multiples examens à visée diagnostique tout au courant de l'année 2013 jusqu'à aboutir en septembre à une consultation multidisciplinaire proposant les mesures thérapeutiques qui à son sens auraient pu être bénéfiques et qui depuis n'a plus bénéficié de soins médicaux avec une situation sociale devenue difficile. Si ces mesures avaient été entreprises, il serait apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée (travail de bureau ou en position assise avec la possibilité de se lever chaque demi-heure), alors que, actuellement, cela serait difficile en raison du déconditionnement qu'il présente. Le Dr I\_\_\_\_\_ considère que si l'évolution de ménisectomie du 16 mai 2012 a été rendue compliquée par les éléments susmentionnés, l'état actuel de l'assuré ne peut toutefois être mis sur le compte d'une évolution naturelle du trouble dégénératif présent à son genou gauche si les éléments anatomiques de celui-ci avaient été conservés. ![/endif]>[/if> L'assuré constate dès lors que deux avis confirment le lien de causalité directe, de sorte qu'il conclut à l'annulation des décisions de l'assureur, et à ce que la responsabilité de celui-ci pour les troubles dont il souffre au genou gauche dès le 2 octobre 2012 suite à l'accident survenu le 28 mars 2012, soit reconnue. Il rappelle par ailleurs qu'il a repris son travail le 4 juillet 2012, soit à peine plus de trois mois après son accident du 28 mars 2012. Dès lors, si la limite d'implication d'un tel événement traumatique se situe entre trois et six mois, il y a lieu de considérer que sa reprise de travail était prématurée. Il se demande ainsi si les douleurs du genou gauche ne sont pas dues à une reprise prématurée du travail et au fait qu'il a dû forcer sur ce genou lorsqu'il était blessé au genou droit. L'assuré a également produit un questionnaire rempli par le Dr C\_\_\_\_\_ le 4 juillet 2014. Celui-ci y indique que les plaintes, les lésions, les troubles et les affections constatés sont dus à l'accident du 28 mars 2012 de manière certaine, précisant encore que, parallèlement aux suites de l'accident, d'autres maladies, état maladif ou encore d'autres états ou suites d'autres accidents n'influencent pas l'état de santé de l'assuré. Le diagnostic est réservé, car le patient développe une arthrose pour laquelle il bénéficiera d'une prothèse à moyen terme. L'évolution va se faire vers une dégradation progressive de son état. 17. Dans sa réponse du 25 juillet 2014, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il considère que le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ a valeur probante, au contraire de celui du Dr I\_\_\_\_\_. Il relève à cet égard que le dossier radiologique complet n'a pas été mis à la disposition du Dr I\_\_\_\_\_, puisque celui-ci ne mentionne pas les radiographies et l'examen IRM du genou gauche effectué le 9 novembre 2012. Il reproche également au Dr I\_\_\_\_\_ ses conclusions qui ne sont pas convaincantes puisqu'il ne procède pas à une réelle discussion. S'agissant du Dr C\_\_\_\_\_, l'assureur relève que celui-ci n'explique pas pour quel motif les troubles actuels seraient toujours en rapport de causalité certaine avec l'accident. ![/endif]>[/if> 18. Dans sa réplique du 22 septembre 2014, l'assuré considère en revanche que l'expert n'a pas fait une présentation clinique neutre et distanciée de son cas, qu'il s'est borné à procéder à la discussion de l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ et de l'attitude de l'assuré suite au refus de l'assureur de continuer de prendre son cas en charge. S'agissant du Dr G\_\_\_\_\_, il rappelle que celui-ci ne l'a jamais vu et ne s'est au demeurant pas fondé sur un dossier médical complet puisqu'il ne disposait d'aucune IRM lorsque la décision du 1<sup>er</sup> octobre 2013 a été rendue. ![/endif]>[/if> Il admet que le Dr C\_\_\_\_\_ n'explique pas pour quel motif les troubles actuels seraient toujours en rapport de causalité avec l'accident dans son expertise. Il relève toutefois que le médecin a dûment motivé sa conclusion dans son courrier du 30

septembre 2013 adressé au Dr G \_\_\_\_\_. Au reproche de l'assureur quant à l'avis du Dr I \_\_\_\_\_, l'assuré constate au contraire que les conclusions de ce médecin résultent d'une discussion générale, comprenant les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique, ce qui explique le fait qu'il préfère soulever une interrogation plutôt que poser une affirmation. L'assuré considère dès lors qu'une pleine valeur probante doit être reconnue aux expertises des Drs C \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_. Il maintient, partant, ses conclusions. Il sollicite pour le surplus que l'audition de ces deux médecins, ou une nouvelle expertise, soit ordonnée. 19. Dans sa duplique du 10 octobre 2014, l'assureur a maintenu ses conclusions, soulignant que l'expertise du Dr H \_\_\_\_\_ est la seule qui contient une discussion détaillée sur le plan médical et qui aboutit à des conclusions convaincantes et propose qu'il soit entendu le cas échéant. 20. Le 31 octobre 2014, l'assuré a informé la chambre de céans qu'il entendait, par une amplification de ses conclusions, conclure à ce que l'assureur soit également condamné à l'indemniser pour tout le dommage futur en lien avec son genou gauche qu'il pourrait subir en raison du fait qu'il n'a pas pu bénéficier du traitement proposé par les médecins suite à l'examen du 24 septembre 2013. Il explique à cet égard qu'il est actuellement pris en charge par l'AI pour une reconversion professionnelle, qu'il y a un an, le droit à un stage lui avait déjà été reconnu par l'AI, que ce stage avait toutefois dû être annulé suite à la décision de l'assureur de suspendre ses prestations, puisqu'il était conditionné à l'amélioration de son état de santé. Or, suite à la décision de suspension, il n'avait pas pu suivre les mesures thérapeutiques qui lui avaient été proposées à l'issue de l'examen du 24 septembre 2013. 21. Par courrier du 2 décembre 2014, l'assureur s'est déterminé comme suit : « il n'incombe pas à la Vaudoise générale de prendre en charge un éventuel dommage qui serait en lien avec le fait que le recourant n'a pas pu bénéficier du traitement proposé par les médecins suite à l'examen médical du 24 septembre 2013. La décision d'entreprendre un traitement médical appartient au médecin indépendamment de la question de savoir qui est le débiteur de cette prestation. En effet, en cas de doute, cette situation est réglée à l'art. 70 LPGA. Par conséquent, le traitement médical dont la prise en charge est de toute façon garantie au vu de la disposition précitée ne saurait être interrompu lorsqu'un assureur-accident suspend ses prestations ou y met un terme ». 22. Dans ses écritures du 18 décembre 2014, l'assuré explique à cet égard que suite à la décision de l'assurance-accident de suspendre ses prestations, il avait d'abord attendu trois mois avant de recevoir des indemnités de l'assurance perte de gain maladie (Axa Winterthur), qu'étant frontalier, il avait donc dû demander à son assurance-maladie française (Axa France) de prendre en charge les mesures thérapeutiques qui lui avaient été proposées en Suisse, que cette assurance n'avait donné son accord pour la prise en charge du traitement que le 3 juillet 2014, qu'il avait alors immédiatement pris contact avec le service médical des HUG, qu'entre-temps, il avait obtenu l'accord de l'assurance-invalidité pour sa reconversion professionnelle, de sorte qu'il avait renoncé aux mesures thérapeutiques pour commencer l'apprentissage dès le 25 août 2014. 23. Le 13 janvier 2015, l'assureur a informé la chambre de céans qu'il ne déposait pas d'observations complémentaires. 24. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger. EN DROIT 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) en vigueur dès le 1er 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assureur au-delà du 1<sup>er</sup> février 2013, plus particulièrement sur le lien de causalité naturelle entre les troubles persistants et l'accident du 28 mars 2012. 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui

qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant 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). e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). f. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. En l'espèce, la décision litigieuse, selon laquelle l'assureur entend limiter ses prestations au 3 juillet 2012 - étant précisé qu'il a renoncé à demander le remboursement des frais effectivement assumés jusqu'au 31 janvier 2013 - se fonde sur les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. Celui-ci considère qu'il n'y a plus de relation de causalité entre l'accident du 28 mars 2012 et les troubles dont souffre l'assuré au genou gauche après trois à six mois. Le recourant conteste les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ relatives au retour du statu quo sine, lesquelles ne lui

paraissent ni suffisamment motivées ni convaincantes. Il s'agit dans le cas particulier de déterminer si les troubles au genou gauche qui ont impliqué la reprise d'un traitement médical et une incapacité de travail à compter du 2 octobre 2012, sont encore dans une relation de causalité avec l'accident du 28 mars 2012. Tel n'est pas le cas selon l'assureur, selon lequel l'assuré présente des atteintes d'origine malade préexistantes expliquant l'évolution défavorable dès octobre 2012. L'assuré en revanche soutient qu'il ne souffre d'aucun trouble préexistant et fait à cet égard valoir les rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Le 30 septembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a en effet confirmé que « nous sommes bien en présence de séquelles d'un traumatisme avec actuellement un état de chondrolyse évoluant vers une arthrose et dont l'origine remonte simplement à l'accident du 28 mars 2012 ». Il explique en effet que les clichés radiologiques du mois d'avril 2013 ne montrent aucun signe d'atteinte dégénérative. Il relève que les lésions principales visualisées sur l'IRM du 20 avril 2012 sont essentiellement une contusion osseuse et une lésion méniscale. Il en conclut qu'il s'agit d'un traumatisme, et cela en particulier chez un patient qui n'était à l'époque âgé que de 23 ans et qui ne présentait aucun antécédent traumatique ni maladie anamnestique. Le Dr I\_\_\_\_\_ a également qualifié la relation de causalité entre l'accident du 28 mars 2012 et les troubles au genou gauche persistants comme probable, voire hautement probable. 11. Le Dr H\_\_\_\_\_ a envisagé la possibilité que l'accident du 28 mars 2012 ait pu aggraver une supputée lésion méniscale préexistante, ou encore déchirer un ménisque fragilisé, et considère que dans ce cas, l'implication de cet accident serait limitée à trois à six mois au maximum, variant surtout en fonction de l'état de dégradation du genou (donc du stade dégénératif). Le traitement prodigué adéquat a servi à éliminer la part traumatique du problème (supputée lésion méniscale surajoutée), mais a laissé l'arthrose évoluer. Le médecin a ainsi conclu qu'après un délai de trois à six mois (status quo ante/sine), il faudra considérer que le cursus du genou gauche a été régi (et continue à l'être) par le potentiel évolutif de l'arthropathie dégénérative, au même titre que pour les autres articulations atteintes, de sorte que la relation de causalité naturelle entre l'accident du 28 mars 2012 et l'incapacité de travail à partir du 2 octobre 2012 plus particulièrement lui paraît hautement, voire très hautement, improbable. La chambre de céans relève que le Dr H\_\_\_\_\_ fonde ainsi ses conclusions sur l'hypothèse que l'assuré avait antérieurement souffert d'une lésion méniscale ou qu'il présentait déjà un ménisque fragilisé. Le médecin part de l'idée qu'il y avait lors de l'accident du 28 mars 2012 une arthrose dégénérative. Il a motivé une prédisposition génétique pour l'arthrose par le fait que l'assuré était par ailleurs déjà atteint d'une arthropathie dégénérative de la hanche, ce qui était plutôt précoce pour un assuré de son âge, et d'une gonarthrose bilatérale. Le Dr I\_\_\_\_\_ a à cet égard confirmé que l'assuré est « visiblement prédisposé à développer des atteintes articulaires dégénératives » (cf rapport du 27 juin 2014). Il a également fait état de « facteurs aggravants présents préalablement à l'accident » (cf rapport op. cit.). S'il a quant à lui considéré que le lien de causalité entre l'accident du 28 mars 2012 et les troubles persistants au genou gauche était probable, voire hautement probable, il a toutefois précisé que des facteurs aggravants survenus préalablement étaient présents. Il est vrai que selon le Dr C\_\_\_\_\_, les radiographies d'avril 2013 ne montraient aucun signe d'atteinte dégénérative. Il importe toutefois de rappeler que le Dr C\_\_\_\_\_ lui-même avait considéré que l'assuré pouvait reprendre son travail à plein temps dès le 4 juillet 2012, soit 3 mois après l'accident, ce qui correspond précisément au délai indiqué par le Dr H\_\_\_\_\_. Il convient d'admettre dans ces conditions que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_, argumenté et étayé, a pleine valeur probante. 12. Des considérations qui précèdent, il ressort que les rapports

des Drs C \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ ne permettent pas de douter suffisamment des conclusions du Dr H \_\_\_\_\_, dont la chambre de céans est convaincue du bien-fondé, au vu des explications fournies. Dans ces conditions, il apparaît superflu d'administrer d'autres preuves, en particulier de mettre sur pied l'expertise réclamée par l'assuré. On peut raisonnablement penser, au degré de vraisemblance requis par la procédure, que l'assuré souffre de troubles dégénératifs qui ont provoqué l'incapacité de travail à compter d'octobre 2012. Il y a en conséquence lieu de considérer que c'est à juste titre que l'intimée a entendu mettre un terme à ses prestations au 3 juillet 2012 - étant précisé qu'il a renoncé à demander le remboursement des frais effectivement assumés jusqu'au 31 janvier 2013.

13. Le 31 octobre 2014, l'assuré a informé la chambre de céans qu'il entendait, par une amplification de ses conclusions, conclure à ce que l'assureur soit également condamné à l'indemniser pour tout le dommage futur en lien avec son genou gauche qu'il pourrait subir en raison du fait qu'il n'a pas pu bénéficier du traitement proposé par les médecins suite à l'examen du 24 septembre 2013. En effet, suite à la décision de suspension, il n'avait pas pu suivre les mesures thérapeutiques qui lui avaient été proposées à l'issue de l'examen du 24 septembre 2013. L'assureur n'avait du reste même pas donné son avis sur la prise en charge de ces mesures, alors qu'il y avait été expressément invité. Il y a lieu de déclarer que les conclusions amplifiées de l'assuré sont recevables, dans la mesure où le juge n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut ainsi adjuger plus ou moins, à condition de respecter le droit d'être entendu (ATFA non publié B 59/03 du 30 décembre 2003, consid. 4.1). Selon l'assureur toutefois, elles doivent être rejetées au fond, dès lors que la décision d'entreprendre un traitement médical appartient au médecin indépendamment de la question de savoir qui est le débiteur de cette prestation et qu'en cas de doute, cette situation est réglée à l'art. 70 LPGA. La chambre de céans relève en effet que cette disposition, qui prévoit la prise en charge provisoire des prestations par une assurance sociale lorsqu'un événement assuré donne à l'ayant droit le droit à des prestations, mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations (art. 70 al. 1 LPGA), constitue une norme de coordination entre les assureurs sociaux. Elle suppose que l'intéressé adresse une demande de prise en charge provisoire à l'institution d'assurance sociale entrant en ligne de compte (art. 70 al. 3 LPGA) et que celle-ci rende une décision au sens de l'art. 49 LPGA, sujette à opposition, puis à recours le cas échéant.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**  
Statuant A la forme :