

GE_GERICHTE A/1747/2012 vom 17. Dezember 2012

GE Cour de justice, 2012-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1747_2012

FR: GE_GERICHTE A/1747/2012 du 17 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1747/2012 del 17 dicembre 2012

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur E _____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BIOT Michaël recourant contre AXA ASSURANCES SA, sis Direction générale; chemin de Primerose 11, Case postale, 1002 Lausanne intimé EN FAIT Monsieur E _____ (ci-après l'assuré), né en 1973 est employé auprès de la X _____ Londres et assuré à ce titre contre le risque accidents au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA) auprès de AXA WINTERTHUR (ci-après l'assurance). Le 18 mars 2005, le Dr F _____, FMH chirurgie orthopédique, a écrit au Dr G _____, FMH spécialiste en orthopédie, suite à un examen de l'assuré du 8 mars 2005. Il avait examiné l'assuré le 8 mars 2005, lequel présentait des luxations chroniques et récidivantes de la rotule aux deux genoux en présence d'une dysplasie fémoro-patellaire et un état après médiatisation de la tubérosité du tibia et reconstitution du cartilage latéral gauche. Il y avait lieu de relever les problèmes de luxations patellaires récidivantes à gauche, survenue dès l'enfance; à douze ans il avait subi une opération du cartilage latéral à Zürich et en 1993 une intervention sur la partie latérale gauche à Lausanne. Le 1^{er} février 2004 survenait la première luxation rotulienne droite. Depuis cet événement le troubles persistaient au niveau du genou droit avec tendance à la subluxation et crainte d'une nouvelle luxation. Les luxations rotuliennes étaient dues à une dysplasie de la trochlée. Une intervention était nécessaire au genou droit. Le 25 mai 2005, le Dr F _____ a rédigé un compte rendu opératoire suite à une intervention du 23 mai 2005, en raison d'une instabilité rotulienne chronique post-traumatique du genou droit (double luxation rotulienne latérale de nature traumatique du genou droit). La rotule avait été stabilisée avec allongement latéral du rétinaculum, reconstruction secondaire et regroupement du ligament fémoro-patellaire interne, léger rehaussement latéral de la trochlée. le 25 juillet 2010, l'assuré a chuté à vélo et s'est blessé au genou droit. Le 6 août 2010, l'assuré a rempli une déclaration d'accident-bagatelle LAA. Le 13 septembre 2010 une IRM du genou droit a conclu à un "aspect plat de la trochlée à son versant supérieur compatible avec des signes de dysplasie trochléaire, à confirmer par une radiographie du genou de profil strict. Lésion cartilagineuse sévère grade IV touchant le versant interne de la facette rotulienne externe et la crête rotulienne avec anomalie de signal sous-chondrale localisée. Status post-ancien arrachement d'un fragment osseux aux dépens de la facette rotulienne interne et importante irrégularité et hétérogénéité de l'aileron rotulien interne, l'ensemble traduisant des séquelles d'ancienne luxation externe de la rotule à priori. Suspicion d'une plica synoviale médio patellaire d'aspect épaissi et fibrosé venant s'insinuer dans l'interligne femoro-patellaire avec amincissement du cartilage trochléaire sur plus de la moitié de son épaisseur à ce niveau. Compte tenu néanmoins de zones en fort hyposignal au sein de cette structure irrégulière et oblongue, la présence d'hémosidérine et en conséquence une prolifération synoviale type PVNS ne peuvent être formellement écartées de sorte

qu'une confrontation par arthroscopie du genou et analyse histologique nous semble dans tous les cas nécessaire pour un bilan étiologique définitif". Le 13 octobre 2010, le Dr F_____ a rendu un compte rendu opératoire suite à une arthroscopie du genou droit du 11 octobre 2010. Sous indication opératoire il a indiqué qu'à la suite d'une distorsion du genou droit, douleurs latérales avec œdème récidivant à l'effort. Status cinq ans et demi après l'allongement de la trochlée proximale avec guérison sans complications. Le diagnostic était celui de fragment cartilagineux libre détaché de la surface patellaire. Il a relevé que le fragment venait certainement de la partie centrale de la rotule où une lésion cartilagineuse de degré II était mise en évidence et où un morceau de cartilage manquait. Le cartilage était en bon état sur la trochlée légèrement aplatie que l'on avait allongée vers les côtés. Le 30 septembre 2010, le Dr F_____ a rempli un rapport médical LAA indiquant le diagnostic de "traumatisierte plica media patellois knie rechts". Une échographie du genou droit du 18 novembre 2010 a conclu à "une masse remplissant le récessus articulaire supra rotulien du genou droit évoquant un hématome intra articulaire en voie d'organisation et de résorption actuellement d'aspect fibrineux. Petite réaction inflammatoire capsulo synoviale soulignant le compartiment externe condylo tibial". Le 22 décembre 2010, le Dr H_____, médecin-conseil de l'assurance a estimé qu'il s'agissait d'une contusion simple du genou présentant une arthrose femoro-patellaire sur une dysplasie femoro-patellaire majeure bilatérales sur luxation récidivantes depuis l'adolescence, opéré. Selon l'IRM il ne s'agissait pas d'un hématome. Le statu quo sine était fixé à six semaines de la contusion simple, au-delà de laquelle la symptomatologie, si elle perdurait, était en rapport de causalité hautement probable avec l'état antérieur du genou. Le 20 janvier 2011, l'assurance a écrit à l'employeur que les prestations étaient niées dès le 6 septembre 2010 faute de lien de causalité entre l'événement invoqué et la lésion subie. Par décision du 20 janvier 2011, l'assurance a considéré que dès le 6 septembre 2010 l'évolution irréversible de l'état antérieur du genou aurait aussi conduit au même résultat sans l'accident, de sorte que le droit aux prestations était nié dès cette date. PROGRES VERSICHERUNGS AG, assureur-maladie de l'assuré a fait opposition à la décision de l'assurance du 20 janvier 2011 et a retiré son opposition le 15 février 2011. Le 12 février 2011, l'assuré, représenté par AXA-ARAG, a fait opposition à la décision du 20 janvier 2011 de l'assurance en concluant au versement des prestations au-delà du 6 septembre 2010. Le 4 mai 2011, le Dr I_____, médecin adjoint à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) a relevé qu'il avait suivi l'assuré pour des luxations récidivantes de rotule opérées par le Dr F_____ en 2005, que la situation était stabilisée en 2007, que l'assuré avait subi une contusion femoro-patellaire le 6 août 2010, sans épisode de luxation, et l'assuré avait déjà un rendez-vous avec le Dr F_____ pour une prise en charge arthroscopique du genou, que l'arthroscopie d'octobre 2010 avait confirmé l'existence d'un fragment cartilagineux libre dans l'articulation, fragment cartilagineux issu de la surface articulaire patellaire, directement associable au traumatisme du 25 juillet 2010, que le délai de six semaines était arbitraire, qu'il fallait dissocier le passé de luxations récidivantes opérées avec succès et l'accident de 2010 qui avait entraîné une lésion chondrale clairement mise en évidence à l'arthroscopie. Le 10 mai 2011, l'assuré a transmis le rapport du Dr I_____ du 4 mai 2011 en reprenant ses conclusions. Les 25 novembre 2011 et 10 janvier 2012, l'assuré, représenté par son avocat, a requis de l'assurance qu'elle se prononce sur son opposition. Par décision du 4 mai 2012, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré en relevant que les troubles étaient dus à une arthrose femoro-patellaire dans un contexte de dysplasie

gravissime, que l'IRM relevait clairement l'ancienneté de la lésion, que l'éventualité que l'accident du 25 juillet 2010 soit à l'origine des troubles constatés n'était ainsi qu'une simple hypothèse, contrairement à l'avis du Dr I_____. le 6 juin 2012, l'assuré a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition du 4 mai 2012 en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assurance à prendre en charge tous les frais et conséquences liés à l'accident du 25 juillet 2010, au delà du 6 septembre 2010, dont 3'324 fr. 95 au titre de frais médicaux non remboursés par l'assurance-maladie. L'assuré fait valoir que l'assurance n'avait à tort pas pris en compte l'avis du Dr I_____, qu'elle se fondait uniquement sur l'avis du Dr H_____ alors que celui-ci ne l'avait pas examiné, que son genou était stabilisé en 2007 déjà et que, subsidiairement, une expertise judiciaire devait être ordonnée. Le 28 juin 2012, l'assurance a conclu au rejet du recours en relevant que le Dr I_____, dont l'avis était moins probant que celui du médecin-conseil vu sa position de médecin-traitant, n'avait vu l'assuré que les 6 août et 26 octobre 2010, que l'assuré ne pouvait affirmer que son genou droit était stable depuis 2007 dès lors qu'il avait déjà rendez-vous pour une arthroscopie éventuelle avec le Dr F_____, qu'il apparaissait ainsi que la rupture d'un fragment de cartilage avait déjà eu lieu avant le traumatisme. Le 18 juillet 2012, l'assuré a répliqué en relevant que le 9 septembre 2010 le Dr F_____ avait décidé de pratiquer une IRM au vu de l'état du genou suite à l'accident et que c'était suite à celle-ci que l'opération avait été programmée, que l'IRM n'était donc pas prévue avant l'accident, qu'il s'était rendu chez le Dr I_____ le 26 octobre 2010 à la suite d'une complication de l'intervention du 11 octobre 2010, qu'entre 2007 et le 26 juillet 2010, il n'était plus retourné consulter un médecin pour un problème de genou. Le 2 août 2012, l'assurance a dupliqué en observant que l'assuré avait bien affirmé dans son recours qu'il avait déjà rendez-vous avec le Dr F_____ pour une prise en charge arthroscopique éventuelle du genou. Le 10 septembre 2012, la Cour de céans a entendu l'assuré en audience de comparution personnelle l'assurance ne s'est pas présentée. L'assuré a déclaré : "En 1985, j'ai chuté sur le genou gauche et j'ai été opéré début des années 1990 en raison d'une luxation de la rotule. Depuis cette opération je n'ai plus jamais eu de problème au genou gauche. En 2004, j'ai ensuite chuté sur le genou droit, j'ai dû être opéré en 2005 en raison d'une luxation de la rotule par le Dr F_____. L'opération s'est bien passée. J'ai été suivi par ce médecin pour des contrôles du genou jusqu'en 2007. Le 25 juillet 2010, je suis tombé à vélo, ma jambe droite a heurté violemment le sol. J'ai eu des douleurs au genou droit qui ont augmenté, de sorte que j'ai dû consulter le Dr I_____ le 6 août 2010. A ce moment-là je n'avais pas de rendez-vous prévu avec le Dr F_____. Je l'ai vu le 9 septembre 2010 et c'est lui qui a décidé de pratiquer une IRM. A la suite de celle-ci j'ai été opéré le 11 octobre 2010 par le Dr F_____. Je n'avais plus eu de problèmes aux deux genoux depuis les opérations de 1990 et 2005. Pour moi le problème au genou droit est clairement en lien avec ma chute à vélo. J'ai eu une complication suite à l'opération du 11 octobre 2010, soit un épanchement au genou. J'ai dû consulter le Dr I_____ car le Dr F_____ était absent. A son retour, celui-ci a pratiqué une ponction. J'ai toutefois des séquelles dues à l'épanchement et je n'arrive plus à courir comme avant. Je fais beaucoup de vélo d'appartement afin que le liquide qui est encore dans mon genou se résorbe. Je n'ai par contre plus de traitement médical. Mon assurance-maladie a pris le cas en charge mais j'ai une importante franchise". A la demande de la Cour de céans, le Dr F_____ a transmis un rapport médical le 18 octobre 2012 selon lequel l'assuré était en traitement chez lui depuis le 8 mars 2005. Le diagnostic selon la biopsie du 11 octobre 2010, était celui de

"low grade synovialitis rechte Kniegelenk". Le traitement du genou droit s'était terminé le 7 juin 2007; il persistait des plaintes séquellaires, notamment en flexion à charge. Il y avait un lien de causalité probable (> 50 %) entre les troubles constatés après l'accident et celui-ci; le fragment cartilagineux libre était une conséquence de l'accident. L'assuré souffrait d'un état maladif avant l'accident, soit une instabilité patellaire chronique post-traumatique du genou droit qui avait nécessité une stabilisation patellaire le 23 mai 2005. Il n'y avait pas eu de rendez-vous programmé ensuite. L'accident avait réactivé certaines plaintes séquellaires. Il n'était pas d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 22 décembre 2010 car le patient n'avait plus eu de symptômes entre 2007 et 2010. L'IRM ayant été pratiquée sept semaines après l'accident, on ne saurait conclure qu'il n'y avait pas d'hématome. Le fragment cartilagineux détaché démontrait l'intervention d'une "force". Le 16 novembre 2012, l'assurance a observé que le rapport du Dr F_____ n'emportait pas la conviction car il n'expliquait pas pour quel motif il réfutait le rapport du Dr H_____. Le 19 novembre 2012, l'assuré a observé que selon le Dr F_____ il n'avait pas souffert du genou entre 2007 et l'accident de 2010, que l'arthroscopie était en lien avec l'accident, et qu'il existait un lien de causalité entre l'accident et ses blessures, notamment le bout d'os flottant. Sur quoi, 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; RS E 2 05) en vigueur dès 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). 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. Le litige porte sur la question de savoir si la lésion au genou droit du recourant est en rapport de causalité avec l'accident du 25 juillet 2010 encore au-delà du 6 septembre 2010. 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). 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. 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 (ATF non publiés 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). 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. 2.2 et ATF 125 V 460 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; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition

constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b) 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons 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).

3). 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). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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). 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, 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). 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. cc). 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve

appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b 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 plus 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 (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, les éléments médicaux au dossier permettent de trancher le cas sans qu'il ne soit nécessaire de recourir à une expertise judiciaire. En effet, l'appréciation du Dr H_____ du 22 décembre 2010 n'est pas convaincante et ne saurait dès lors revêtir une force probante. D'une part, elle se fonde principalement sur le fait que le recourant présentait un état maladif préexistant, soit notamment une luxation du genou droit en 2004 et une opération le 23 mai 2005 pour une instabilité clinique, sans expliquer en quoi cet état antérieur jouerait un rôle dans la présence d'un fragment cartilagineux libre du genou droit constaté en 2010; à cet égard, le Dr F_____ a attesté que l'opération de 2005 était un succès et que le recourant n'avait pas de rendez-vous prévu avec lui avant son accident, son état étant stabilisé depuis juin 2007, soit plus de trois ans avant l'accident ce qui n'est pas contesté par l'intimée; d'autre part elle estime qu'au vu de l'IRM il n'y a pas d'hématome, alors que comme le relève le Dr F_____ une telle conclusion ne peut être tirée d'une IRM pratiquée sept semaines après l'accident. Enfin, elle ne discute pas le diagnostic de fragment cartilagineux libre détaché de la surface patellaire, en particulier la question de savoir si celui-ci provient d'une force exercée sur le genou comme l'a relevé le Dr F_____ ou pourrait provenir d'une autre cause. En revanche, les avis des Drs I_____ et F_____ sont suffisamment convaincants et convergents pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. En particulier, le diagnostic de fragment cartilagineux libre est

décrit comme étant issu de la surface articulaire patellaire directement en lien avec le traumatisme du 25 juillet 2010 soit la conséquence d'une force exercée sur le genou (avis du Dr I _____ du 4 mai 2011, du Dr F _____ du 18 octobre 2012). A la suite de l'avis du Dr F _____, l'intimée n'a pas jugé utile de requérir une appréciation médicale de son médecin-conseil. Elle a relevé que le Dr F _____ n'avait aucunement expliqué pour quels motifs il réfutait le rapport du Dr H _____. Or, tel n'est pas le cas, le Dr F _____ ayant clairement indiqué que l'état antérieur était stabilisé depuis 2007, que le fragment cartilagineux libre provenait d'une force exercée sur le genou, que l'IRM ne pouvait sept semaines après l'accident établir l'existence ou non d'un hématome et que les plaintes séquellaires avaient été réactivées par l'accident mais que celui-ci était à l'origine de la lésion constatée à l'arthroscopie du 11 octobre 2010. Cet avis rejoint celui du Dr I _____ et remporte la conviction. Enfin, même si, comme l'a relevé le Dr F _____, l'accident a réactivé certaines plaintes séquellaires du genou liées à l'état antérieur, cette conséquence ne suffit pas, au regard de l'art. 36 LAA, pour nier le lien de causalité naturelle entre la lésion au genou ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 11 octobre 2010 et l'accident. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, et la décision litigieuse annulée dans la mesure où elle met un terme dès le 6 septembre 2010 aux prestations de l'intimée. L'intimée sera condamnée à prendre en charge les suites de l'accident du 25 juillet 2010. L'intimée sera également condamnée à verser une indemnité de 1'500 fr. au recourant. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision de l'intimée du 4 mai 2012 dans la mesure où elle met fin au versement des prestations dès le 6 septembre 2010. Condamne l'intimée à prendre en charge les suites de l'accident du 25 juillet 2010. Condamne l'intimée à verser une indemnité de 1'500 fr. au recourant. 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.