GE_GERICHTE A/1824/2010 vom 4. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1824_2010

FR: GE_GERICHTE A/1824/2010 du 4 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1824/2010 del 4 settembre 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur R_____, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourant contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Mythenquai 2, 8002 ZURICH intimée EN FAIT 1. MonsieurR_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1963, était employé, en qualité de jardinier par l'EMS X_____ et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).![endif]>![if> 2. Par déclaration d'accident du 29 janvier 2007, l'employeur de l'assuré a annoncé à l'assureur qu'en date du 24 janvier 2007, celui-ci était tombé en arrière sur des bacs de fleurs en béton en voulant dégager un arbre qui était tombé sur le parking de l'EMS. Il y est précisé que l'assuré avait subi des contusions du genou gauche. ![endif]>![if> 3. L'assureur a pris en charge les suites de cet accident. ![endif]>![if> 4. L'IRM du genou gauche du 2 mars 2007 fait état d'une probable lésion grade III de la corne postérieure du ménisque externe, d'un aspect très hétérogène de l'insertion capsulaire de la corne postérieure du ménisque interne, évoquant une lésion partielle à ce niveau, des signes de chondropathie débutante au niveau du condyle fémoral interne ainsi qu'une probable entorse à l'insertion du tendon poplité et du ligament latéral externe. ![endif]>![if> 5. Le 27 mars 2007, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche avec une régularisation d'une déchirure de la corne antérieure et moyenne d'un ménisque externe et d'une lésion du condyle fémoral interne.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 10 septembre 2007, la Dresse A_____ spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic d'épanchement récidivant et de douleurs du genou gauche à cinq mois après l'arthroscopie du genou gauche avec une régularisation d'une déchirure de la corne antérieure et moyenne d'un ménisque externe et d'une lésion du condyle fémoral interne. Les suites postopératoires ont été marquées par un épanchement important ne cédant pas au traitement conservateur, à une ponction à trois reprises et à un traitement de physiothérapie. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 9 mars 2007, date de sa première consultation, et de 50% dès le 1 er septembre 2007 (reprise du travail). Elle a précisé qu'il n'était pas possible d'exclure une arthrose fémoro-tibiale interne, au vu de la lésion chondrale objectivée à l'arthroscopie. ![endif]>![if> 7. Par rapport subséquent du 18 décembre 2007 adressé à l'assureur, la Dresse A_____ a expliqué que l'évolution était défavorable avec une persistance des douleurs antérieures, internes et externes du genou gauche et d'un épanchement. Ces suites étaient, d'après le médecin, relativement fréquentes après une résection arthroscopique d'un ménisque externe. Une IRM du genou avait été effectuée, laquelle a objectivé un volumineux œdème du condyle fémoral interne évoquant une ostéonécrose aseptique sans lésion en miroir du plateau tibial interne. Elle a complété ce bilan par une scintigraphie et un SPECT (Single Photon Computed

Tomography), lesquels avaient permis d’exclure une algodystrophie parcellaire du condyle interne et de confirmer le diagnostic probable d’ostéonécrose. Au vu de cette évolution et de la conformation en varus de l’assuré, elle a estimé qu’une ostéotomie de valgisation était indiquée et que cette ostéonécrose aseptique était une complication du geste arthroscopique. Une incapacité de travail prolongée était à prévoir ainsi qu’un risque d’invalidité dans la profession exercée par l’assuré. Des mesures professionnelles étaient indiquées. ![endif]>![if> 8. Le 7 janvier 2008, la Dresse A_____ a retenu les diagnostics de déchirure du ménisque externe dans le contexte d’un ménisque discoïde partiel, de lésion chondrale du condyle fémoral interne de 1 x 1 cm² et de nécrose aseptique du condyle fémoral interne post-arthroscopie. Dès le 27 décembre 2007, l’assuré était à nouveau en incapacité de travail. ![endif]>![if> 9. Par avis du 18 janvier 2008, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur et médecin-conseil de l’assureur, a considéré que la chute pouvait expliquer la déchirure du ménisque externe, mais pas la lésion du condyle fémoral interne, étant précisé qu’il existait des lésions dégénératives préexistantes aux deux genoux. Les complications de l’acte chirurgical du 27 mars 2007 au niveau du condyle fémoral interne (nécrose aseptique) ne concernaient dès lors pas l’assurance-accidents, de sorte qu’il y avait lieu de mettre fin aux prestations.![endif]>![if> 10. Par pli du 25 janvier 2008, l’assureur a informé l’assuré qu’au vu du rapport de son médecin-conseil, il mettait fin aux prestations d’assurance dès le 1 er janvier 2008. ![endif]>![if> 11. Par pli du 15 février 2008 adressé à l’assureur, la Dresse A_____ a indiqué que la complication de l’arthroscopie du genou gauche sous forme d’ostéonécrose du condyle fémoral interne n’était pas une pathologie spontanée connue chez un jeune patient. En effet, depuis une dizaine d’années, un nombre croissant de publications ont reporté cette pathologie dans les suites du traitement arthroscopique pour lésion méniscale ou chondrale, avec ou sans utilisation de laser ou d’appareil de radiofréquence. Ainsi, elle estimait que l’assuré présentait une complication inhabituelle dans les suites du geste arthroscopique. ![endif]>![if> 12. Dans une appréciation du 25 février 2008, le Dr B_____ a admis que la déchirure méniscale externe pouvait résulter de l’accident du 24 janvier 2007, en revanche, la lésion du cartilage du condyle fémoral interne n’en était pas la conséquence, attendu qu’il s’agissait d’une lésion dégénérative. Il a estimé que le statu quo sine était atteint en date du 17 juillet 2007, attendu que l’assuré avait repris son activité à plein temps à cette date-là. La suite de tout le traitement proposé au niveau du genou gauche, soit notamment le suivi médical et l’ostéotomie de valgisation, étaient à la charge de la caisse-maladie. ![endif]>![if> 13. Par décision du 14 mai 2008, l’assureur a mis fin aux prestations d’assurance dès le 1 er janvier 2008, au motif que l’affection persistante au genou gauche n’était plus en relation de causalité naturelle avec l’accident du 24 janvier 2007. Il s’agissait de complications dues à un état dégénératif préexistant. Dès lors, si des troubles engendraient encore une incapacité de travail et un traitement médical, ils étaient à mettre uniquement sur le compte de facteurs pathologiques préexistants à l’accident ou sans rapport avec celui-ci. ![endif]>![if> 14. En date du 27 mai 2008, l’assuré a subi une ostéotomie de valgisation du tibial proximal gauche. Dans le cadre du compte-rendu opératoire du 9 juin 2008, les diagnostics posés étaient les suivants : un status post-arthroscopie du genou gauche le 27 mars 2007 pour une déchirure du segment antérieur et moyen du ménisque externe du genou gauche et une ostéonécrose sous-chondrale du condyle fémoral interne gauche, dans le contexte d’une lésion dégénérative de l’articulation fémoro-tibiale interne. ![endif]>![if> 15. Par pli du 13 juin

2008, l’assuré a formé opposition contre la décision du 14 mai 2008, requérant la prise en charge de son cas au-delà du 1 er janvier 2008. Subsidiairement, il sollicitait la mise en œuvre d’une expertise. En effet, d’après la Dresse A_____, son atteinte à la santé était la conséquence de l’accident du 24 janvier 2007 et de l’opération qu’il a dû subir en date du 27 mars 2007.![endif]>![if> Il a produit, à l’appui de son opposition, une attestation établie en date du 15 février 2008 par la Dresse A_____, laquelle a certifié que l’évolution de l’état de l’assuré était défavorable suite à l’accident et à l’arthroscopie et qu’il n’avait jamais pu récupérer un genou normal. En outre, le bilan d’imagerie confirmait la présence d’une anomalie osseuse inhabituelle chez un patient de son âge. A son avis, il présentait une complication décrite par la littérature médicale comme une complication d’un geste chirurgical arthroscopique, dont elle joignait la bibliographie en annexe. Le médecin a également constaté que le rapport de causalité entre l’événement et la lésion méniscale externe a été reconnu, de sorte que le traitement a été pris en charge. Actuellement, l’assuré présentait une complication en relation avec l’acte chirurgical, de sorte que les prestations ne devaient pas prendre fin. 16. L’assureur a mis en œuvre une expertise qu’il a confiée au Prof. C_____, médecin-chef auprès du Département de l’appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV). Dans son rapport du 18 décembre 2008, il a retenu les diagnostics de genu varum, de status après contusion postérieure des deux genoux le 24 janvier 2007, de status après résections de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe (en partie discoïde) du genou gauche, de status après chondroplastie fémorale interne gauche et de status après ostéotomie de valgisation par ouverture interne du tibia gauche. Il a notamment déclaré que l’accident était partiellement la cause des atteintes actuelles du genou gauche de l’assuré, attendu que les images arthroscopiques tant au niveau du ménisque que du condyle fémoral interne suggéraient des lésions d’allure dégénérative possiblement en rapport avec l’accident pour ce qui concernait la lésion de la corne antérieure et moyenne du ménisque interne. Quant à la nécrose, survenue dans les suites de l’arthroscopie, elle était une complication connue apparaissant plutôt chez les personnes un peu plus âgées que l’assuré. Il a précisé que les lésions dégénératives du genou gauche, lequel était encore asymptomatique au moment de l’accident, influaient sur l’état de santé actuel. Il a estimé d’une part, que les facteurs étrangers à l’accident sont devenus prépondérants 3 à 5 mois après l’arthroscopie et d’autre part, que l’incapacité de travail était entière en qualité de jardinier depuis le mois de novembre 2007. Enfin, l’ostéotomie de valgisation a été effectuée en raison du trouble statique genu varum constitutionnel marqué et d’une lésion dégénérative préexistante du condyle fémoral interne, laquelle a subi une décompensation après l’arthroscopie avec une méniscectomie externe et une chondroplastie. A son avis, une causalité naturelle entre l’accident et l’ostéotomie ne pouvait pas être d’emblée retenue. ![endif]>![if> 17. Le 7 avril 2009, la Dresse A_____ a déclaré que l’ostéotomie n’avait pas apporté les résultats escomptés sur la douleur. En effet, l’examen clinique était identique avec un genou qui restait douloureux à localisation fémoro-tibiale interne, un épanchement, une flexion-extension qui restait symétrique et des douleurs à la charge, quand bien même l’assuré avait perdu 8 kilogrammes. Les radiographies du genou gauche en charge du 16 mars 2009 montraient une stabilité avec un pincement fémoro-tibial interne identique à celui observé en préopératoire sans évolution notable. ![endif]>![if> 18. Sur requête de l’assureur, le Prof. C_____ a établi un complément d’expertise en date du 5 janvier 2010. Il en résulte qu’il existait une correction chirurgicale insuffisante du genu varum, laquelle engendrait peut-être la persistance des symptômes douloureux de l’assuré, en

raison de l’absence de décharge suffisante du compartiment interne présentant des lésions de chondropathie et un status après méniscectomie. Il a expliqué que l’assuré présentait une surcharge pondérale modérée et un genu varum, de sorte qu’il s’agissait d’un morphotype relativement fréquent qui peut être supporté la vie durant, mais qui pouvait aussi entrainer des altérations dégénératives symptomatiques. L’expert a rappelé que les phénomènes douloureux et leur intensité ont persisté malgré le traitement conservateur, de sorte qu’une arthroscopie a été effectuée, laquelle n’a pas apporté de soulagement à l’assuré. Une ostéotomie de valgisation visant à décharger le compartiment interne a ainsi été réalisée, toutefois, elle ne l’a pas soulagé, probablement en raison de la correction insuffisante de l’axe mécanique du membre inférieur gauche (genu varum constitutionnel associé à des lésions chondrales et méniscales sous-jacentes probables, asymptomatiques jusque-là). Il y avait ainsi des facteurs prédisposants, facultatifs et asymptomatiques révélés par un traumatisme banal, toutefois, malgré les traitements, il subsistait des phénomènes douloureux. L’expert en a conclu que les facteurs prédisposants (genu varum) n’ayant pas pu être complètement corrigés par le traitement chirurgical, il était, à son avis, médicalement impossible de préciser la fin des symptômes en rapport direct avec le traumatisme du 24 janvier 2007. ![endif]>![if> 19. Dans un rapport subséquent du 23 février 2010, le Prof. C_____ a répondu à des questions complémentaires posées par l’assureur. Compte tenu d’une évolution défavorable chez un assuré asymptomatique avant l’accident, qui n’a pas été soulagé par les traitements chirurgicaux entrepris, il a estimé ne pas pouvoir se déterminer quant à la date où le statu quo sine était atteint. En principe, d’après l’expert, ce type de traumatisme entrainait une incapacité de travail de l’ordre de cinq mois, toutefois, en l’espèce, l’incapacité de travail était bien plus longue, peut-être en partie en raison de facteurs étrangers à l’accident, mais peut-être également en raison d’une correction insuffisante du trouble statique préexistant. En outre, attendu qu’il n’y avait pas de symptômes en lien avec le genu varum avant l’accident, il y a eu une décompensation post-traumatique. Il a considéré que personne ne pouvait dire comment la situation aurait évolué avec les années sans traumatisme. Enfin, eu égard à la durée des symptômes, de la chronicisation des douleurs et du délai écoulé depuis l’accident, il ne pensait pas qu’une reprise chirurgicale puisse être couronnée de succès, étant précisé qu’un léger doute subsistait quant à une éventuelle amélioration. ![endif]>![if> 20. Par courrier du 26 février 2010, l’assuré a transmis à l’assureur un avis établi en date du 15 février 2010 par la Dresse A_____, laquelle a indiqué que l’existence du genu varum bilatéral constitutionnel n’était pas contestée, mais que l’assuré a présenté, suite à un traumatisme au genou gauche, une clinique évoquant un problème articulaire externe. Les suites de l’arthroscopie ont été marquées par la persistance d’un genou douloureux et d’une ostéonécrose du condyle fémoral interne, ostéonécrose qui était une complication du geste arthroscopique dont l’indication avait été posée pour un problème post-traumatique. Cette complication était du reste largement reportée dans la littérature. Au vu de ces déclarations, l’assuré a relevé que l’assurance-accidents devait lui allouer des prestations pour les lésions causées lors du traitement médical, de sorte qu’il requérait de l’assureur qu’il statue rapidement, le rapport de causalité étant établi. ![endif]>![if> 21. Lors d’un entretien téléphonique avec un employé de l’assureur en date du 26 mars 2010 retranscrit dans une note, le Prof. C_____ a ajouté qu’il s’agissait d’un cas très difficile à trancher et que l’avis du Dr B_____ ne tenait pas assez compte de l’évolution demeurant parfois asymptomatique chez les patients atteints des mêmes affections préexistantes que l’assuré. D’après le Prof. C_____, le statu quo ante n’était en tous les cas pas atteint et qu’en

l’état, le status quo sine ne pouvait pas non plus être considéré comme atteint au degré de la vraisemblance prépondérante. ![endif]>![if> 22. Par décision sur opposition du 20 avril 2010, l’assureur a admis l’opposition de l’assuré en ce sens que des prestations légales allaient continuer d’être versées au-delà du 31 décembre 2007. En effet, il n’était pas possible actuellement d’exclure l’existence de symptômes en rapport direct avec le traumatisme du 24 janvier 2007, de sorte que l’assureur allait continuer à prendre en charge les frais de traitement et à verser des indemnités journalières postérieurement au 31 décembre 2007. En revanche, les frais et les conséquences de l’intervention du 27 mai 2008 (ostéotomie de valgisation) ne seraient pas pris en charge, attendu que le genu varum et la décompensation dégénérative préexistante, qui avaient rendu nécessaire cette intervention, étaient indépendants de l’accident. ![endif]>![if> 23. Par rapport du 3 mai 2010, la Dresse A_____ a expliqué que l’indication d’ostéotomie de valgisation a été posée en raison de l’ostéonécrose aseptique et non pas pour corriger un varus constitutionnel. De plus, l’assuré présentait toujours des symptômes et bien que l’ostéonécrose soit stabilisée, elle n’était pas guérie, car l’ostéotomie n’avait pas eu les effets escomptés. Elle a également rappelé que le Prof. C_____ avait indiqué qu’il n’était pas possible de savoir comment la situation aurait évolué avec les années sans traumatisme, étant précisé qu’actuellement l’assuré ne présentait pas de symptômes douloureux fémoro-tibiaux internes du genou droit et que la situation était stable. Il y avait encore lieu d’éclaircir le point de savoir si une prothèse totale du genou était à envisager et si cette intervention était une conséquence de l’ostéonécrose aseptique. ![endif]>![if> 24. Au vu du rapport de la Dresse A_____, l’assuré a requis de l’assureur, par pli du 10 mai 2010, la reconsidération de sa décision sur opposition du 20 avril 2010. ![endif]>![if> 25. Par acte du 21 mai 2010, l’assuré, représenté par un conseil, interjette recours contre la décision sur opposition du 20 avril 2010 (procédure n° A/1824/2010), concluant préalablement, à la suspension de la procédure jusqu’à la réception de la nouvelle expertise que l’assureur comptait mettre en œuvre et à la production par l’assureur de l’ensemble des pièces du dossier et principalement, à l’annulation de la décision sur opposition, en tant qu’elle lui refusait la prise en charge des frais et des conséquences de l’intervention du 27 mai 2008, et à la condamnation de l’assureur à la prise en charge des frais et des conséquences de cette intervention, sous suite de dépens. ![endif]>![if> 26. Dans sa réponse du 14 juin 2010, l’intimée consent à la suspension de la procédure requise par le recourant, et ce jusqu’à la connaissance de l’avis de l’expert qu’elle a mandaté en date du 10 juin 2010 et conclut principalement, au rejet du recours. ![endif]>![if> 27. Par ordonnance du 15 juin 2010, la Cour de céans a ainsi suspendu l’instruction de la cause en application de l’art. 78 let. a LPA. ![endif]>![if> 28. Suite à la désignation par l’assureur du Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur et médecin auprès de la Clinique CORELA, pour effectuer l’expertise, l’assuré s’y est opposé, par courrier du 25 juin 2010, motif pris que le dossier était particulièrement compliqué et qu’il y avait lieu de faire appel à un spécialiste ayant de très bonnes connaissances assécurologiques. ![endif]>![if> 29. L’assureur a toutefois répondu, en date du 30 juin 2010, qu’il n’y avait pas de motif valable de récusation de l’expert, attendu que la Clinique CORELA était un centre COMAI (Centre d’observation médicale de l’assurance-invalidité) et que le choix d’un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur était parfaitement indiqué. ![endif]>![if> 30. Le Dr D_____ a ainsi examiné l’assuré en date du 5 juillet 2010 et a rendu son rapport d’expertise le 21 septembre 2010. Il a tout d’abord posé le diagnostic de déchirure du

segment antérieur et moyen du ménisque externe du genou gauche, diagnostic qui était en lien de causalité vraisemblable (>50%) avec l'événement du 24 janvier 2007 et qui avait une incidence sur la capacité de travail. Il a expliqué que malgré le fait que le mécanisme accidentel, sans torsion du genou gauche ni hyper-flexion forcée, ne soit pas un mécanisme typique de lésion méniscale, il a admis une aggravation d'une déchirure dégénérative préexistante du ménisque externe du genou gauche. Il a estimé qu'en ce qui concernait le compartiment fémoro-tibial externe, l'évolution était « vers le statu quo sine » et que le statu quo ante était atteint six mois après la première intervention du 27 mars 2007, étant précisé que ce délai était plus long que pour une intervention simple du ménisque interne, du fait que les lésions du ménisque externe nécessitaient souvent plus de temps pour une récupération totale et un retour au statu quo. ![endif]>![if> Par ailleurs, il a retenu les diagnostics de lésion chondrale du condyle fémoral interne gauche, grade III selon Outerbridge, d'ostéonécrose du condyle fémoral interne gauche et de gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche, toutefois, même si ces diagnostics avaient une incidence sur la capacité de travail de l'assuré, ils étaient sans lien de causalité vraisemblable (<50%) avec l'événement du 24 janvier 2007. En effet, d'après lui, les lésions internes étaient préexistantes à l'accident et purement dégénératives et le mécanisme de l'accident (traumatisme à base cinétique) n'était pas susceptible d'engendrer une lésion dégénérative du condyle fémoral interne gauche, mais uniquement une contusion postérieure du genou, voire une aggravation d'une lésion méniscale. En outre, le traitement arthroscopique de la lésion du ménisque externe gauche ne pouvait pas avoir pour conséquence la nécrose vasculaire du versant interne dans les suites post-opératoires, attendu que la nécrose survient, d'après la littérature médicale, toujours dans le compartiment de la lésion traitée et aurait ainsi dû intervenir sur le compartiment externe. Il a également précisé que la lésion chondrale interne préexistante, qui avait été traitée comme la lésion méniscale externe lors de l'intervention du 27 mars 2007, était très probablement à l'origine des suites et des complications post-opératoires difficiles. Elle n'était dès lors pas due à l'accident. Enfin, les éventuels traitements chirurgicaux futurs, tels qu'une arthroplastie du genou gauche, n'allaient pas être en lien de causalité vraisemblable avec l'événement du 24 janvier 2007. Partant, il en a conclu que l'incapacité de travail et les frais opératoires à la charge de l'assureur-accidents se limitaient à la seule intervention sur le versant externe, et non pas à la totalité de la pathologie du versant interne et de ses complications. La fin du traitement pour les seules suites de l'accident était fixée à six mois après l'opération du 27 mars 2007, soit au 27 juillet 2007, le statu quo sine étant atteint à cette date-là. La question de l'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité) était sans objet. Les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes de l'assuré au genou gauche étaient les suivantes : la station debout prolongée, la marche prolongée, les mouvements nécessitant la mise en charge prolongée ou répétée du membre inférieur gauche, le port de charges au-delà de 5 kilogrammes, les déplacements en hauteur et la conduite d'engins vibrants. L'expert a considéré que la capacité de travail dans l'activité d'homme de maison et de jardinier était nulle, mais qu'elle était de 100% dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement, dès le jour de l'expertise. Il a toutefois précisé que l'assuré présentait une dépression sévère pouvant avoir une influence négative sur la capacité de travail, même dans une activité adaptée. 31. En date du 23 septembre 2010, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu du rapport d'expertise, il allait mettre fin aux indemnités journalières dès le 30 septembre 2010. ![endif]>![if> 32. Par pli du 29 novembre 2010, l'assuré a contesté les conclusions du Dr D_____, lequel n'était pas

spécialiste FMH. Il a invoqué d'une part, que l'indication opératoire (1 ère opération) était clairement posée pour une lésion en rapport de causalité avec l'accident, de sorte que les traitements et les complications qui ont suivi devaient être pris en charge par l'assureur. Il a contesté, d'autre part, que le statu quo sine ait été atteint le 27 juillet 2010 (recte 2007), ce qui était en contradiction avec la décision sur opposition du 20 avril 2010. Il a ainsi sollicité que les indemnités journalières continuent de lui être versées postérieurement au 30 septembre 2010. ![endif]>![if> Il a produit, à l'appui de son courrier, un avis établi en date du 19 novembre 2010 par la Dresse A_____, laquelle a admis que l'assuré présentait un varus touchant symétriquement les deux genoux ainsi qu'une lésion chondrale du condyle fémoral interne dont l'origine pouvait être dégénérative. Toutefois, lors de la consultation du 9 mars 2007, l'assuré souffrait d'un dérangement externe du genou gauche secondaire à l'accident avec des signes méniscaux clairs, de sorte qu'une arthroscopie a été prévue pour la régularisation de ce ménisque externe. Les suites de l'arthroscopie ont été défavorables et un œdème massif du condyle fémoral interne, sans lésion du plateau tibial interne, a été objectivé par une IRM. En l'état des connaissances actuelles, il n'était pas clair si le développement de lésions sous-chondrales, d'un œdème sous-chondral et d'une ostéonécrose étaient dues à une résection méniscale du même compartiment, altérant la répartition de la charge avec l'utilisation de sondes thermiques pour les chondroplasties, à l'utilisation de shaver pour les chondroplasties ou à l'arthroscopie elle-même effectuée sous pompe d'irrigation. Toutefois, il était évident, dans le cas de l'assuré, que l'arthroscopie avait joué un rôle déterminant dans l'évolution de son cas, ce qui n'était pas contesté. Ainsi, même s'il pouvait être considéré que la lésion chondrale interne, qui a été traitée durant l'arthroplastie a minima, n'était pas en relation de causalité avec l'accident, le geste chirurgical n'aurait pas eu lieu si l'accident n'avait pas causé une déchirure du ménisque externe. Il n'y avait en effet pas d'indication à un traitement arthroscopique dans le cadre de lésions dégénératives douloureuses, sauf dans des cas exceptionnels de souris articulaires ou de déchirures dégénératives des ménisques entrainant des blocages mécaniques, ce qui était le cas du compartiment externe de l'assuré. Elle a ainsi estimé que l'indication opératoire ayant été posée pour une lésion en rapport de causalité avec l'accident, les complications de ce geste et les traitements qui ont suivi devaient également être pris en charge par l'assurance-accidents. 33. Par décision du 20 décembre 2010, l'assureur a refusé la prise en charge des frais de traitements au-delà du 31 décembre 2007 et le versement d'indemnités journalières postérieurement au 30 septembre 2010, au motif que les troubles persistants au-delà du 27 juillet 2007 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 24 janvier 2007. Le rapport du Dr D_____ présentait, d'après l'assureur, valeur probante. De plus, eu égard à l'argumentation développée par le médecin traitant, l'assureur a considéré qu'il n'y avait pas lieu de mettre à sa charge les conséquences d'un acte chirurgical supplémentaire, pratiqué volontairement en même temps que l'acte chirurgical principal, afin de traiter une lésion sans rapport avec l'accident. ![endif]>![if> 34. Le 1 er février 2011, l'assuré a formé opposition contre cette décision, requérant son annulation. D'une part, attendu que l'assureur avait accepté, dans sa décision sur opposition du 20 avril 2010, de reprendre le versement des indemnités journalières postérieurement au 31 décembre 2007 à l'exception des frais et des conséquences de l'intervention du 27 mai 2008, la présente décision semblait être une révision ou une reconsidération de la décision sur opposition précitée. Il sollicitait dès lors de l'assureur qu'il se détermine sur le motif de révision ou de reconsidération, avant de lui accorder un délai pour compléter son opposition. D'autre part, il contestait que le statu quo sine soit

atteint le 27 juillet 2007, se référant aux explications convaincantes de la Dresse A_____. ![endif]>![if> 35. Par pli du 7 février 2011, l'assureur a expliqué à l'assuré que dans sa décision sur opposition du 20 avril 2010, il avait admis la prise en charge des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2007 sur la base du rapport du Prof. C_____, toutefois, il ne s'était pas prononcé sur la durée de la prise en charge. Attendu que les indemnités journalières ont été payées jusqu'au 30 septembre 2010 et que dans la décision du 20 décembre 2010, il ne lui avait pas réclamé la restitution des indemnités journalières versées à tort, il ne s'agissait ni d'une révision ni d'une reconsidération. ![endif]>![if> 36. Par pli du 11 avril 2011, l'assuré a persisté à dire que la décision du 20 décembre 2010 était une reconsidération de la décision sur opposition du 20 avril 2010, dont les conditions n'étaient pas réalisées. Il concluait ainsi à l'annulation de la décision du 20 décembre 2010, et partant à la reprise du versement des indemnités journalières jusqu'à la stabilisation de son état de santé, puis à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. ![endif]>![if> 37. Par courrier du 7 juin 2011, le recourant a notamment informé la Cour de céans que la Clinique CORELA avait établi une expertise complémentaire, que sa valeur probante était contestée et que l'intimée avait déjà rendu une décision en date du 20 décembre 2010, contre laquelle il avait formé opposition. Il requérait ainsi la reprise de la procédure (A/1824/2010) ainsi qu'une audience de comparution des mandataires durant le mois de septembre 2011. ![endif]>![if> 38. Par ordonnance du 9 juin 2011, la Cour de céans a repris l'instruction de la procédure (A/1824/2010). ![endif]>![if> 39. Sur requête de l'assureur, le Dr D_____ a rappelé, dans un courrier du 22 juillet 2011, qu'il existait chez l'assuré un trouble statique genu varum constitutionnel, une lésion dégénérative du condyle fémoral interne préexistante à l'accident et que l'accident a engendré une déchirure du ménisque externe ayant nécessité une réparation par arthroscopie. Tous les médecins étaient d'accord avec ce qui précédait. Au cours de l'intervention chirurgicale, le chirurgien orthopédiste a toutefois décidé de traiter également la chondroplastie qui n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, étant précisé qu'il n'y avait pas, sauf exception, d'indication à un traitement arthroscopique dans le cadre de lésions dégénératives douloureuses. Le Dr D_____ a noté qu'il n'existait pas de consensus sur le traitement arthroscopique des lésions dégénératives et que les résultats étaient imprévisibles. Dans le cas de l'assuré, la déchirure et les conséquences de l'accident étaient en lien avec la partie externe du ménisque, de sorte que rien n'obligeait le chirurgien à intervenir par chondroplastie sur la partie interne. En choisissant de procéder également, lors de ce geste thérapeutique, à une correction de la lésion chondrale du condyle interne ne relevant pas des suites de l'accident et engendrant des complications postérieures, il fallait admettre que les suites étaient maladives et non accidentelles. Depuis lors, la symptomatologie externe a disparu, en revanche, sans intervention sur la partie interne, il n'y aurait pas eu de complication d'un geste opératoire de chondroplastie au Shaver de la lésion chondrale au niveau du condyle interne. Il ne pouvait dès lors pas être considéré qu'il s'agissait de complications liées à l'opération réalisée en raison de l'accident. ![endif]>![if> Enfin, le Dr D_____ a indiqué que l'OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE (OFSP) avait reconnu son diplôme de médecin et de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en mars 2010. 40. Par pli du 26 août 2011 à l'assureur, l'assuré a déclaré persister à requérir l'annulation de la décision du 20 décembre 2010 et le versement des indemnités journalières jusqu'à la stabilisation de son état de santé, puis l'octroi d'une rente. Il a produit un courrier du 16 août 2011 de la

Dresse A_____, laquelle a expliqué que la pratique arthroscopique nécessitait la révision de toutes les lésions du genou et que lors de l'arthroscopie réalisée chez l'assuré, elle avait mis en évidence un flap cartilagineux à la localisation du condyle fémoral interne, sans lésion en miroir du cartilage du plateau tibial interne. Lors de cette arthroscopie, elle n'a pas pu déterminer si cette lésion était traumatique ou dégénérative, de sorte qu'elle a jugé adéquat de réséquer ce flap de cartilage pouvant entrainer des troubles mécaniques du genou. Elle a ainsi estimé discutable de séparer les gestes arthroscopiques en déterminant des causalités segmentaires. Elle a précisé que l'IRM n'était pas un examen aussi fiable que l'arthroscopie pour la détermination des lésions. Actuellement, il ne pouvait être déterminé si une évolution défavorable était liée à l'arthrosopie elle-même, soit à l'intervention sous pompe, au geste chirurgical sur le cartilage ou à une résection méniscale qui n'avait pas eu lieu du côté interne. Enfin, elle a estimé excessif de dire, comme le Dr D_____, que sans chondroplastie au Shaver de la lésion chondrale au niveau du condyle interne, il n'y aurait pas eu de complications opératoires, et ce attendu qu'il existait des cas où se développaient des problèmes d'œdème sous chondral, alors qu'aucun geste sur le cartilage n'avait été effectué. ![endif]>![if> 41. Par décision sur opposition du 17 octobre 2011, l'assureur a confirmé sa décision du 20 décembre 2010. Il a tout d'abord persisté à dire que sa décision n'était pas une reconsidération de sa décision sur opposition du 20 avril 2010, attendu qu'il avait renoncé à faire valoir la restitution des prestations versées jusque-là. En outre, il a également maintenu que le rapport d'expertise du Dr D_____ avait pleine valeur probante et que ceux de la Dresse A_____ n'étaient pas en mesure de remettre en cause ses conclusions, ce d'autant plus qu'elle n'était pas neutre. L'assureur a notamment relevé que la thèse de la Dresse A_____, selon laquelle elle refusait de séparer les gestes arthroscopiques, n'était pas logique, si les séquelles étaient bien décelables. Quant aux conclusions du Prof. C_____, elles étaient vagues et contradictoires, de sorte qu'on ne pouvait s'y fier. ![endif]>![if> 42. Dans un projet de décision du 16 novembre 2011, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 1 er janvier 2008 au 30 avril 2009, puis à nouveau dès le 1 er décembre 2009. ![endif]>![if> 43. Par acte du 17 novembre 2011, l'assuré, représenté par un conseil, interjette recours contre la décision sur opposition du 17 octobre 2011 (procédure n° A/3900/2011), concluant préalablement à la jonction de la cause avec la procédure n° A/1824/2010, à l'audition de la Dresse A_____, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et principalement, à l'annulation de cette décision sur opposition, à la condamnation de l'assureur au versement d'indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2010, à la prise en charge des frais et des conséquences de l'intervention du 27 mai 2008 et au renvoi du dossier à l'assureur pour examen de son droit à la rente et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dès la stabilisation de l'état de santé, sous suite de dépens. ![endif]>![if> Il invoque que la décision sur opposition du 17 octobre 2011 était une reconsidération de celle du 20 avril 2010, attendu qu'elle revenait sur le lien de causalité entre l'événement du 24 janvier 2007 et les troubles en découlant. Les conditions d'une reconsidération ne sont toutefois pas réalisées, attendu que la décision initiale, se basant sur l'expertise du Prof. C_____, n'est pas manifestement erronée. Pour ce motif-là déjà, il y a lieu d'annuler la décision sur opposition du 17 octobre 2011. Par ailleurs, le recourant soutient, en substance, qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions constatées (en particulier l'ostéonécrose aseptique) et les traitements médicaux nécessaires en raison de l'accident, de sorte que l'intervention du 27 mai 2008 et ses suites devaient être

prises en charge par l’assureur. 44. Par réponse du 23 janvier 2012 (procédure n° A/3900/2011), l’assureur admet la jonction des causes n° A/3900/2011 et n° A/1824/2011 et conclut au rejet des deux recours et à la confirmation des décisions sur opposition des 20 avril 2010 et 17 octobre 2011.![endif]>![if> Il fait valoir que les trois experts, soit les Drs B_____ et D_____ et le Prof. C_____, lesquels s’étaient prononcés sur le dossier, ont unanimement admis l’absence de causalité entre l’accident du 24 janvier 2007 et l’intervention du 27 mai 2008, attendu que l’ostéotomie de valgisation a été nécessaire en raison du trouble statique genu varum constitutionnel marqué et de la décompensation d’une lésion dégénérative préexistante. Le seul avis contraire de la Dresse A_____ ne saurait remettre en cause ces trois avis bien motivés. Par ailleurs, l’assureur estime que sa décision sur opposition du 17 octobre 2011 n’est pas une reconsidération de sa décision sur opposition du 20 avril 2010, reprenant son argumentation précédente. Enfin, se basant sur le rapport du Dr D_____ qui présente pleine valeur probante et sur celui du Dr B_____, l’assureur soutient que l’accident banal du 24 janvier 2007 n’est plus la cause partielle de l’état actuel. Il relève que les Drs B_____ et D_____ admettent que l’arthroscopie du 27 mars 2007 a été pratiquée sur deux affections séparées qui n’ont rien à faire l’une avec l’autre et que c’est uniquement la lésion dégénérative du ménisque, possiblement aggravée par l’accident, qui peut être mise en relation de causalité partielle avec l’accident. Ainsi, l’intervention sur le condyle fémoral gauche et ses suites sont entièrement indépendantes et ne peuvent pas être considérées comme une suite en relation de causalité avec le traitement des conséquences de l’accident. 45. Par ordonnance du 26 janvier 2012, la Cour de céans ordonne la jonction des causes n° A/1824/2010 et n° A/3900/2011 sous la cause n° A/1824/2010. ![endif]>![if> 46. Par pli du 2 mars 2012, le recourant persiste dans ses conclusions. ![endif]>![if> 47. En date du 17 avril 2012 s’est tenue une audience d’enquêtes, lors de laquelle a été entendue la Dresse A_____, laquelle explique avoir vu pour la première fois l’assuré le 9 mars 2007, soit deux mois après l’accident, en raison d’une évolution défavorable et a constaté un genou gauche très tuméfié, un épanchement, des douleurs du compartiment externe, une absence de laxité et un test positif pour le ménisque externe. Elle a ponctionné le genou et prélevé 100 cc de liquide clair. Elle a décidé de le revoir quinze jours plus tard et il y avait un nouvel épanchement. Sur la base de l’examen clinique radiologique et de l’IRM, elle a décidé de procéder à une arthroscopie du genou gauche, avec l’indication de traiter la déchirure du ménisque externe. Lors de l’arthroscopie, elle a évalué tout le genou et a découvert la lésion du cartilage du condyle fémoral interne (flap, lambeau). Il n’y avait pas de déchirure du ménisque interne, mais celle du ménisque externe s’est confirmée. La lésion du condyle fémoral interne peut être d’origine traumatique, car s’il s’agit d’une lésion dégénérative, elle implique généralement une chondropathie, qui touche aussi les compartiments fémoral et tibial, qui sont usés. C’est par la caméra et le crochet utilisé durant l’arthroscopie que l’on examine la lésion. Celle constatée était de 1 cm2 localisée sur le condyle fémoral interne, sans lésion des autres parties du compartiment interne ni mise en évidence de lésions du plateau. Lors de l’arthroscopie, elle a donc considéré la lésion du condyle fémoral interne comme étant consécutive à l’accident, à défaut d’indication permettant d’établir une lésion dégénérative.![endif]>![if> Elle a ainsi régularisé la déchirure de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe et « shavé » la zone du cartilage qui était détachée du condyle fémoral interne. L’arthroscopie s’est déroulée normalement. Il est vrai que l’IRM montrait une chondropathie (maladie du cartilage), mais les radios n’indiquaient pas

d’arthrose. C’est lors de l’examen visuel de l’arthroscopie que l’on voit précisément quel est le stade de la chondropathie et c’est sur cette base-là qu’elle affirme qu’il ne s’agissait pas d’une lésion dégénérative. L’œdème sous-chondral visible à l’IRM peut également être d’origine traumatique. Lorsqu’elle a opéré, c’était pour le ménisque, mais il va de soi que constatant l’atteinte au cartilage du condyle, elle a également traité cette lésion-là. Cela aurait été une erreur médicale de ne pas traiter le condyle interne à l’occasion de cette arthroscopie. Si le patient n’avait présenté qu’une lésion dégénérative du condyle interne, sans déchirure du ménisque, elle n’aurait pas pratiqué d’arthroscopie. Mis à part chez des personnes âgées de plus de 70 ans et en présence de maladies très particulières, où l’on voit des cas d’ostéonécrose aseptique, la multiplication des arthroscopies a permis de découvrir que suite à cette opération, certains cas d’ostéonécrose se présentaient chez des patients qui n’étaient pas forcément âgés, suite à une intervention au laser ou à une méniscectomie. Les raisons de l’ostéonécrose sont mal connues, mais celle-ci aurait pu se développer que le patient ait été opéré uniquement pour le condyle interne ou le ménisque externe, et forcément dans le compartiment concerné. L’ostéonécrose chez un patient de 43 ans n’est pas une lésion dégénérative. Séparer les gestes concernant le compartiment externe et interne est un point de vue d’assureur et non pas de médecin. D’une part, l’assuré n’avait aucun antécédent, il n’est âgé que de 43 ans, l’accident, bien que banal, était d’une certaine importance, il avait touché un ligament externe et déchiré un ménisque, et causé un épanchement. D’autre part, il n’y avait pas de lésion dégénérative diffuse touchant toute la partie interne, mais une lésion focale laissant croire à une cause traumatique. Finalement, son rôle de médecin est de soigner le patient, lors de l’arthroscopie. Durant les deux premiers mois suivant l’opération, les troubles (douleurs, épanchements) étaient diffus. Les suites de l’opération ont été longues, avec une amélioration lors du repos de l’été. Elle a suggéré une reprise à mi-temps à la rentrée. Le patient s’est plaint du compartiment interne dès fin mai, mais aussi de l’autre genou, sans que la clinique ne fasse suspecter une ostéonécrose. L’IRM faite après l’été montrait une lésion importante et c’est alors que l’indication d’une ostéotomie de valgisation a été suggérée. Les douleurs au genou droit pouvaient être attribuées à la surcharge de ce genou pour soulager l’autre genou et le bilan radiologique n’a mis en évidence ni arthrose, ni autre anomalie, sauf le pincement (pré-arthrose) lié au genu varum. L’ostéotomie a été décidée en raison de l’ostéonécrose, mais a permis, en opérant le varus constitutionnel, de diminuer la contrainte mécanique due au mauvais axe de la jambe et d’améliorer les symptômes consécutifs à l’ostéonécrose. En tant que telle, l’opération ne vise pas l’ostéonécrose, car il n’y a rien à faire. La seule manière de soulager le patient était de traiter le varus constitutionnel. S’il avait eu plus de 60 ans, ils auraient proposé une prothèse du genou (remplacement du compartiment affecté). A son sens, l’ostéonécrose est clairement une complication de l’arthroscopie, et c’est l’ostéonécrose qui a nécessité l’ostéotomie. La littérature n’expose aucun cas d’ostéonécrose due à un genu varum. D’ailleurs, le patient présente le même genu varum au genou droit, qu’ils n’ont pourtant pas opéré. L’évolution du genou gauche reste défavorable. D’une part, le varus a été insuffisamment corrigé et reste de trois degrés. D’autre part, l’ostéonécrose n’a pas guéri. Dans certains cas, la décharge du genou permet une guérison de l’ostéonécrose. Dans le cas contraire, la lésion devient dégénérative et l’arthrose se développe. Les troubles actuels du genou gauche sont toujours en lien de causalité avec l’arthroscopie. Ils sont stationnaires depuis deux ans et le genou reste douloureux. Le jeune âge du patient est un élément important pour attribuer l’ostéonécrose à l’arthroscopie. Les bilans radiologiques successifs du genou droit ne montrent pas

d’évolution et le léger pincement fémoro-tibial interne reste identique, ainsi que le varus. Le patient ne se plaint plus de son genou droit. Compte tenu du fait que l’assureur a admis qu’il s’agit d’un accident et que l’indication opératoire est due à celui-ci, la Dresse A_____ considère que les complications consécutives à l’opération sont également à la charge de l’assureur. Elle précise qu’elle intervient comme médecin-conseil d’un assureur-accidents et également à titre d’expert LAA en orthopédie. Elle confirme enfin que l’évolution défavorable est à mettre en relation avec la pathologie du compartiment interne. b) A la suite de l’audition de la Dresse A_____, la représentante de l’assureur suggère de soumettre le procès-verbal d’enquêtes au Dr D_____ et le recourant au médecin-conseil de l’assureur, cas échéant au Prof. C_____, s’il exerce toujours, attendu que le Dr D_____ est contesté. 48. Sur requête de la Cour de céans, Madame S_____, auprès de la Clinique CORELA, lui transmet, en date du 1 er juin 2012, un rapport du même jour du Dr D_____, lequel a toutefois été signé par Madame S_____ sur ordre de ce médecin. Celle-ci précise que le Dr D_____ n’était pas présent en les locaux de la Clinique CORELA pour signer son rapport et qu’une nouvelle version du rapport allait être envoyée à la Cour de céans signée par ce médecin. ![endif]>![if> 49. En date du 5 juin 2012, le rapport du 1 er juin 2012, signé par le Dr D_____, est transmis à Cour de céans. Il en résulte qu’il n’y a pas d’arguments pour retenir que seules les lésions d’un seul condyle se retrouvent en cas d’accident, attendu qu’il peut très bien y avoir une atteinte d’un côté, puis éventuellement de l’autre. De plus, en soi, un genu varum entraine une dégénérescence méniscale et chondrale. Dans le cas de l’assuré, la dégénérescence était déjà très avancée selon l’IRM du genou du 2 mars 2007, laquelle avait mis en évidence des « irrégularités au niveau des reliefs osseux du plateau tibial interne gauche du condyle interne, associées à une anomalie de signal au niveau de la partie portante du condyle fémoral interne gauche, ainsi qu’un aspect discoïde du ménisque externe ». Il considère ainsi, avec un degré de certitude significatif, qu’avec ou sans accident, « le genou de l’intéressé était déjà dégénératif », que rien ne permet de dire que la lésion chondrale d’une seule surface de l’articulation signifie indubitablement une origine accidentelle et que le genou aurait vraisemblablement nécessité tôt ou tard la mise en place d’une prothèse. L’origine accidentelle de la lésion chondrale n’était dès lors que très peu possible. ![endif]>![if> 50. En date du 26 juin 2012, l’assuré persiste dans ses conclusions et transmet à la Cour de céans un avis établi le 14 juin 2012 par la Dresse A_____, complété par deux photographies montrant la lésion chondrale du condyle interne avec un flap cartilagineux. Il ressort notamment de cet avis qu’il est excessif de dire que sans accident et sans arthroscopie, l’état de l’assuré aurait immanquablement évolué vers une prothèse totale du genou, attendu qu’au niveau du genou droit, qui présente le même genu varum, il n’y a pas d’évolution de l’arthrose ni de douleur fémoro tibiale interne. Le médecin rappelle également que sans l’indication d’une arthroscopie pour la déchirure du ménisque externe, la résection du clapet de cartilage instable du CFI (condyle fémoral interne) n’aurait pas été effectuée. ![endif]>![if> 51. Par écritures du 27 juin 2012, l’assureur maintient ses conclusions et rappelle que l’arthroscopie du 27 mars 2007 avait été pratiquée sur deux affections séparées, n’ayant rien à faire l’une avec l’autre et que conformément aux rapports du Dr D_____, dont il convient de suivre les conclusions, l’origine accidentelle de la lésion chondrale n’est que très peu probable. ![endif]>![if> 52. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu’au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal

cantonal des assurances sociales connaissait, 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).![endif]>![if> Depuis le 1 er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjetés dans les formes et délai prévus par la loi, les deux recours sont recevables (art. 56 à 61 LPGA). ![endif]>![if> 3. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières postérieurement au 30 septembre 2010 et à la prise en charge des frais et des conséquences de l'intervention 27 mai 2008, et singulièrement sur le lien de causalité entre l'arthroscopie du genou gauche du 27 mars 2007 et les atteintes du condyle fémoral interne. ![endif]>![if> 4. Il y a tout d'abord lieu de déterminer si, comme l'invoque le recourant, la décision sur opposition du 17 octobre 2011 doit être annulée, motif pris qu'il s'agit d'une reconsidération de la décision sur opposition du 20 avril 2010, dont les conditions ne sont pas réalisées. ![endif]>![if> a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Il y a lieu d'ajouter que conformément à l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération pendente lite). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5). b) Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents dispose de la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale) (ATF 130 V 380 consid. 2). Il faut bien sûr réserver l'éventualité dans laquelle l'assureur-accidents réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). 5. En l'espèce, l'intimée a admis, par décision sur opposition du 20 avril 2010, devoir verser des prestations au-delà du 31 décembre 2007, au motif que l'existence de symptômes en rapport directement avec l'accident ne pouvait pas être exclue, étant précisé que les frais et les conséquences de l'ostéotomie de valgisation du 27 mai 2008 n'étaient pas pris en charge. Toutefois, par décision du 20 décembre 2010 confirmée par décision sur opposition du 17 octobre 2011, l'intimée a refusé la prise en charge des frais de traitement au-delà du 31 décembre 2007 et mis fin aux indemnités journalières pour le 30 septembre 2010, motif pris que les troubles persistant au-delà du 27 juillet 2007 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 24 janvier 2007. ![endif]>![if> Il est vrai que l'intimée a changé de position concernant l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et les atteintes existantes, se basant sur l'avis d'un nouvel expert, toutefois, dans la mesure où elle supprime le versement des prestations sans requérir la restitution de celles déjà versées, elle n'a pas besoin, eu égard à la jurisprudence précitée, de respecter les conditions de la reconsidération pour liquider le cas. Partant, la

décision sur opposition du 17 octobre 2011 ne saurait être annulée, comme le requiert le recourant. 6. Le recourant fait également valoir qu'il existe un lien de causalité entre l'intervention du 27 mars 2007 et les lésions du condyle fémoral interne persistantes. ![endif]>![if> a) Selon l'art. 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (al. 1). L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (al. 3). Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Conformément à l'art. 10 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), l'assuré a également droit aux prestations d'assurance pour les lésions corporelles qu'il subit lors d'un examen médical ordonné par l'assureur ou rendu nécessaire par d'autres circonstances. Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (ATF 128 V 169 consid. 1c p. 171 ss; FRESARD/ MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 140 sv. ; ATF non publié 8C_433/2008). En revanche, il alloue ses prestations à une personne contaminée par le virus HIV lors d'une transfusion sanguine consécutive à un accident assuré (FRESARD-FELLAY Ghislaine, Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable, 2007, p. 165-166). b) 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. Il n'est pas nécessaire 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 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; RAMA 1992 no 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). c) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 291 consid. 3a, 117 V 365 consid. 5d bb et les références; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2 ème édition, n. 89, p. 867). 7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1).![endif]>![if> b) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). c) 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 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C_463/2009 , consid. 3). 8. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). ![endif]>![if> D'après 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. A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l’assuré qui, par suite de l’accident, souffre d’une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l’intégrité. L’indemnité est fixée en même temps que la rente d’invalidité ou, si l’assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). 9. En l’occurrence, l’intimée refuse en substance de verser des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2010 et de prendre en charge les frais et les conséquences de l’intervention du 27 mai 2008 (ostéotomie de valgisation), au motif que les lésions du condyle fémoral interne ne sont pas en lien de causalité avec l’accident. Elle n’a toutefois pas examiné s’il existe un lien de causalité entre la première opération du 27 mars 2007 et les troubles du condyle fémoral interne.![endif]>![if> a) La Cour de céans constate tout d’abord que l’opération d’arthroscopie du genou gauche subie par le recourant en date du 27 mars 2007 est intervenue pour traiter les lésions résultant de l’accident du 24 janvier 2007. En effet, de l’avis de tous les médecins consultés y compris de celui du Dr D_____, cet accident a provoqué une déchirure du ménisque externe ou en tous les cas une aggravation d’une déchirure préexistante du ménisque externe du genou gauche, laquelle a nécessité cette première intervention. Il existe ainsi une relation de causalité naturelle entre l’accident et cette intervention. b) La Cour de céans estime qu’il existe également un lien de causalité entre l’intervention d’arthroscopie du 27 mars 2007 et l’ostéonécrose du condyle fémoral interne. En effet, d’après la jurisprudence et la doctrine précitées, toutes les lésions causées lors d’un traitement, qu’elles soient dues à une erreur médicale, à une complication, opératoire ou consécutive à une intervention, doivent être prises en charge par l’assureur-accidents, à condition qu’il y ait un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l’accident. En l’espèce, d’après le Dr D_____, sur lequel se fonde l’assureur, la Dresse A_____ n’aurait pas dû intervenir au niveau du condyle fémoral interne lors de l’arthroscopie pour une lésion dégénérative, motif pris qu’il n’existait pas de consensus sur un tel traitement, dont les résultats étaient imprévisibles. Quant à la Dresse A_____, elle a considéré d’une part que le « flap » ou « lambeau » sur le condyle

fémoral interne, qu'elle a découvert lors de l'arthroscopie, était d'origine traumatique, attendu qu'il s'agissait d'une lésion localisée, et d'autre part que c'eut été une erreur médicale de ne pas traiter cette lésion au « shaver » lors de l'opération. Enfin, les deux médecins précités ainsi que le Dr B_____ et le Prof. C_____ s'accordent à dire que l'ostéonécrose sur le condyle fémoral interne est une complication susceptible d'intervenir suite à une arthroscopie et qu'elle est la conséquence du traitement chirurgical du même compartiment. Le Dr D_____ précise d'ailleurs que le traitement de la lésion du condyle interne est très probablement à l'origine des suites et des complications post-opératoires difficiles. Il est vrai que les Drs D_____ et A_____ ont des visions absolument divergentes concernant l'origine et le traitement de cette lésion du condyle fémoral interne. Cependant, il importe peu que cette lésion soit dégénérative ou traumatique et que son traitement par la Dresse A_____ ne soit pas conforme au consensus médical ou qu'il ait été incontournable, dès lors que les suites d'une intervention dont répond l'assureur-accidents doivent également être prises en charge par celui-ci s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'intervention et ses suites. Tel est le cas en l'espèce, au vu des déclarations convergentes des médecins, lesquels estiment tous que l'ostéonécrose au niveau du condyle interne est la conséquence de l'intervention du 27 mars 2007, laquelle est elle-même en lien de causalité avec l'accident, comme précédemment établi. Il résulte de ce qui précède que le recourant a droit aux prestations en lien avec les atteintes touchant au condyle fémoral interne. c) En ce qui concerne en particulier l'ostéotomie de valgisation du 27 mai 2008, l'intimée soutient qu'elle a été nécessitée tant par l'ostéonécrose que par le genu varum constitutionnel marqué (état antérieur à l'accident), se fondant sur le rapport du Prof. C_____ du 18 décembre 2008. Cet expert n'explicite toutefois pas les raisons qui l'ont conduit à cette conclusion, de sorte qu'on ne saurait retenir ses déclarations. Quant au Dr D_____, il ne se prononce pas explicitement sur cette question, indiquant toutefois dans le cadre de l'anamnèse, que l'ostéotomie de valgisation est intervenue en raison des atteintes du condyle fémoral interne (p. 27 de son rapport d'expertise du 21 septembre 2010). Quant à Dresse A_____, elle a expliqué, lors de son audition du 17 avril 2012, ce qui l'a amenée à procéder à l'ostéotomie de valgisation. En effet, elle a indiqué que l'ostéotomie a été décidée en raison de l'ostéonécrose et a permis, en opérant le varus constitutionnel, de diminuer la contrainte mécanique due au mauvais axe de la jambe et d'améliorer les symptômes consécutifs à l'ostéonécrose. En tant que telle, l'opération ne vise pas l'ostéonécrose, mais il s'agit de la seule manière de soulager le patient. En outre, elle a précisé que la littérature n'expose aucun cas d'ostéonécrose due à un genu varum. Pour le surplus, bien que le recourant présente le même genu varum au genou droit, il n'a pas été opéré. Au vu des déclarations convaincantes de ce médecin, la Cour de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, que c'est bien l'ostéonécrose au niveau du condyle fémoral interne qui a rendu nécessaire l'ostéotomie de valgisation, de sorte que cette opération doit être prise en charge par l'assureur. Pour le surplus, il sera précisé en tout état de cause que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA). Cette disposition a notamment pour but d'éviter que l'assuré ne doive s'adresser pour un même dommage à plusieurs assureurs (assureur-accidents et assureur-maladie) (op. cit., p. 929 et les références). Ainsi, même si l'ostéotomie de valgisation avait été nécessitée tant par l'ostéonécrose que par le genu varum, il n'en demeure pas moins que l'assureur serait tenu de prendre en charge cette

intervention en totalité. d) Par conséquent, le recourant a droit à toutes les prestations en lien avec ses atteintes du condyle fémoral interne, soit en particulier au traitement médical, comprenant notamment l'opération du 27 mai 2008 et ses suites, ainsi qu'aux indemnités journalières. 10. Les recours, bien fondés, sont ainsi admis. ![endif]>![if> Le dossier doit toutefois être renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire portant sur le moment de la stabilisation de l'état de santé du recourant, les déclarations de la Dresse A_____ lors de l'audience du 17 avril 2012 n'étant pas suffisantes pour statuer sur la fin du droit du recourant aux indemnités journalières et au traitement médical. L'intimée devra, le cas échéant, également se prononcer sur la fixation d'une éventuelle rente d'invalidité et d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui est allouée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare les recours recevables. ![endif]>![if> Au fond : 2. Les admet et annule les décisions sur opposition des 20 avril 2010 et 17 octobre 2011de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, en tant qu'elles refusent au recourant le versement des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2010 et la prise en charge des frais de traitement au-delà du 31 décembre 2007, et notamment de l'ostéotomie de valgisation du 27 mai 2008 et ses suites. ![endif]>![if> 3. Dit que la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA doit prendre en charge les suites de l'opération du 27 mars 2007 en lien avec l'atteinte du condyle fémoral interne, soit les frais de traitement, et notamment l'ostéotomie de valgisation du 27 mai 2008 et ses suites, ainsi que verser des indemnités journalières. ![endif]>![if> 4. Renvoie le dossier à la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. ![endif]>![if> 5. Condamne la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA à verser au recourant une indemnité de procédure de 3'500 fr. au titre de dépens. ![endif]>![if> 6. Dit que la procédure est gratuite.![endif]>![if> 7. 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.![endif]>![if> La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.