

# GE\_GERICHTE A/2178/2018 vom 23. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2178\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2178_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/2178/2018 du 23 avril 2019

IT: GE\_GERICHTE A/2178/2018 del 23 aprile 2019

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Mme B\_\_\_\_\_, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Anik PIZZI recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, soit pour elle sa division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 29 juin 1966, a travaillé en qualité de plaquiste pour l'entreprise C\_\_\_\_\_ de début novembre 2014 jusqu'au premier trimestre 2015. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assurance).! [endif]> [if> 2. Le 17 novembre 2014, alors qu'il transportait une grande plaque de placo, l'assuré a glissé sur des gravats. Il a perdu l'équilibre et a chuté en tordant le genou droit et en le cognant contre un mur en béton. [endif]> [if> 3. Le jour-même de l'accident, l'assuré s'est rendu au centre médico-chirurgical de Vermont-Grand-Pré, où une radiographie et un ultrason du genou droit ont été pratiqués. La radiographie a mis en évidence une chondrocalcinose. Quant à l'ultrason, il a décelé une fissure du ménisque interne (corne postérieure et corps méniscal). Le port d'une attelle et la prise d'antalgiques ont été prescrits à l'assuré et un arrêt de travail à 100% lui a été délivré (cf. rapport du centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré SA du 9 décembre 2014). [endif]> [if> 4. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident. [endif]> [if> 5. L'IRM réalisée le 27 novembre 2014 a confirmé une large déchirure oblique (lésion de grade III) de la corne postérieure du ménisque interne associée à une petite zone d'amputation du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne. Une fissure cartilagineuse superficielle du tiers moyen du cartilage rotulien ainsi qu'un épanchement intra-articulaire ont également été mis en évidence sur l'imagerie. [endif]> [if> 6. Le dossier a été soumis à la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a dans un premier temps considéré, en date du 16 décembre 2014, que les lésions mises en évidence par l'imagerie effectuée le 17 novembre 2014 étaient d'origine dégénérative. [endif]> [if> 7. Le 17 décembre 2014, la Dresse D\_\_\_\_\_ a estimé, vraisemblablement après avoir pu consulter le rapport d'IRM du 27 novembre 2014, que les troubles étaient origine traumatique et dégénérative. [endif]> [if> 8. Le 29 janvier 2015, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une arthroscopie (AS) du genou droit. Lors de cette intervention, il a vu une déchirure en anse de seau du ménisque interne qu'il a réséquée partiellement, laissant en place encore un tiers de l'épaisseur dudit ménisque. Le pivot central et le compartiment externe étaient, quant à eux, dans les limites de la norme. [endif]> [if> 9. Par rapport du 23 mars 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de déchirure en anse de seau du ménisque interne du genou droit et l'intervention du 29 janvier 2015. L'évolution était bonne mais lente. [endif]> [if> 10. Le cas a une nouvelle fois été soumis à la Dresse D\_\_\_\_\_ qui a considéré, dans un

bref avis du 13 avril 2016, que l'accident avait décompensé l'état dégénératif de manière définitive. 11. Une IRM du genou droit, pratiquée le 22 avril 2015, a mis en évidence un status post-méniscectomie interne partielle avec amputation du bord libre, perte de substance et un aspect subluxé du ménisque résiduel médialement, associés à une large lésion fissuraire oblique de la corne postérieure touchant la surface articulaire tibiale (lésion de grade III). L'imagerie a également révélé l'apparition d'un œdème sous-chondral de part et d'autre de l'interligne articulaire fémoro-tibial interne de type surcharge mécanique. 12. Dans ses rapports des 10 juin et 8 juillet 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a évoqué le diagnostic de déchirure de grade III au niveau de la corne postérieure du ménisque interne. Il a également rappelé l'arthroscopie du genou droit avec résection partielle du ménisque interne. 13. Le 23 juin 2015, l'assuré a été examiné par la Dresse D\_\_\_\_\_. Selon le rapport y consécutif, à l'examen clinique, le médecin précité a constaté un épanchement et un compartiment interne sensible avec un signe méniscal légèrement positif pour un ménisque interne. En accord avec l'assuré, une demande d'évaluation/réadaptation à la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion a été formulée. 14. L'assuré a séjourné à la CRR du 8 juillet au 4 août 2015. Selon le rapport du 7 août 2015, les diagnostics étaient ceux de chondrocalcinose du genou droit, gonarthrose débutante à prédominance médiale des deux côtés (DDC) et entorse du genou droit le 17 novembre 2014, avec large déchirure oblique de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et du corps méniscal ainsi que fissure cartilagineuse superficielle du tiers moyen du cartilage rotulien, ayant nécessité une arthroscopie du genou droit avec résection partielle du ménisque interne le 29 janvier 2015. Il était également relevé que l'assuré avait déjà été opéré du ménisque gauche quinze ans auparavant. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient les suivantes : pas de port de lourdes charges, pas de marche prolongée, pas de montée et de descente des escaliers, pas de travail en position accroupie ou à genoux ni de position debout prolongée. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical. Elle devait toutefois l'être dans un délai de deux à trois mois. Dans l'intervalle, la poursuite ambulatoire à visée d'amélioration des fonctions musculaires et proprioceptives était préconisée. Les séances de renforcement (bi et unipodal, sur cales), l'électrostimulation du quadriceps et les séances de proprioception sur plans instables s'étaient avérées efficaces. Le pronostic dans l'ancienne activité habituelle était défavorable en raison de facteurs médicaux et non-médicaux, l'entreprise devant fermer selon les collègues de l'assuré. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était favorable. 15. Le 13 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison de son atteinte au genou droit. 16. Dans ses rapports des 23 septembre et 30 novembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic et relevé que l'assuré souffrait toujours d'une grosse inflammation cartilagineuse du côté interne du genou. Le traitement avait notamment consisté en des infiltrations, de la physiothérapie et une rééducation intensive à la CRR. 17. A teneur des rapports établis par le docteur F\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, hôpitaux universitaires de Genève (HUG), datés des 21 novembre et 18 décembre 2015, le diagnostic était celui de lésion du ménisque interne du genou droit. L'évolution et le pronostic étaient favorables. 18. Le 27 janvier 2016, la Dresse D\_\_\_\_\_ a procédé à un examen final de l'assuré. Selon le rapport y relatif, celui-ci se plaignait de douleurs lors de longues marches ou lors de la marche sur les terrains en pente et irréguliers,

de douleurs nocturnes ainsi que lors des stations prolongées (debout ou assise). En position assise, il devait bouger régulièrement le genou. Les douleurs s'étaient essentiellement installées sur le compartiment interne. La physiothérapie ainsi que les cinq infiltrations effectuées n'avaient amené aucun résultat satisfaisant. Après examen clinique, les diagnostics retenus étaient ceux de chondrocalcinose du genou droit, gonarthrose débutante à prédominance médiale des deux côtés et status après résection partielle du ménisque interne le 29 janvier 2015. Sur le plan radiologique, l'arthrose n'était pas encore franchement installée. Cela étant, subjectivement, l'assuré présentait des gênes et des douleurs modifiant de manière importante sa qualité de vie. ![/endif]>![if> Au vu des examens effectués, les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de stations debout prolongées, de longues marches, de montées ou descentes fréquentes des escaliers, des échelles et des escabeaux, pas d'accroupissements, de mises à genoux ou encore de port de lourdes charges. En position assise, l'assuré devait avoir la possibilité de se lever régulièrement et de mobiliser son genou. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était de 100%. 19. Le même jour, la Dresse D\_\_\_\_\_ a arrêté l'atteinte à l'intégrité à 10%. En effet, conformément à la table V des indemnités des atteintes à l'intégrité selon la LAA concernant les arthroses, une arthrose fémoro-tibiale moyenne était évaluée entre 5 et 15%. Le taux retenu de 10% prenait en considération la pondération due à l'état antérieur.![endif]>![if> 20. Par communication du 23 mai 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2016, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. A la date précitée, la SUVA devait se prononcer sur un éventuel droit à une rente d'invalidité partielle. Par ailleurs, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de CHF 12'600.-, correspondant à une atteinte de 10%.![endif]>![if> 21. Le 20 juin 2016, l'assuré a commencé une activité de technicien auprès de la société G\_\_\_\_\_. Cependant, en raison de son état de santé (chute à deux reprises sur les chantiers), la société a mis un terme à la collaboration dès le 23 juin 2016.![endif]>![if> 22. A la demande de la SUVA, l'OAI lui a transmis une copie de son dossier, dont il ressort notamment ce qui suit : ![/endif]>![if> - Dans son rapport à l'attention de l'OAI, établi au début du mois d'octobre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré avait initialement été victime d'une déchirure du ménisque interne laquelle avait été suivie par la décompensation d'une arthrose du genou. L'activité habituelle n'était plus possible mais l'assuré était toutefois capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, telle qu'un travail de bureau, lui permettant de se lever occasionnellement. Une nouvelle opération, sous la forme d'une ostéotomie de valgisation était éventuellement à envisager. Dans le même rapport, le Dr E\_\_\_\_\_ a également considéré que suite à l'intervention précitée, la capacité de travail devrait pouvoir être augmentée mais jamais à 100%. Concrètement, il était d'avis que le recourant était capable de travailler 4h uniquement en position assise, en position debout ou dans différentes positions, dans une activité exercée principalement en marchant ainsi que dans une activité impliquant la rotation en position assise/en position debout.![endif]>![if> - Par communications des 21 décembre 2015 et 21 mars 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation sous la forme de cours en dessin technique et en planification – gestion – soumissions (PGS). ![/endif]>![if> - A teneur d'un avis du 8 juillet 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) considérait qu'il fallait s'aligner sur les conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA et retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, au plus tard à compter de la date d'examen

final.![endif]>![if> - Procédant à la comparaison des revenus, l'OAI était arrivé à la conclusion que le degré d'invalidité s'élevait à 7,7% (cf. détermination du degré d'invalidité réalisé le 7 juillet 2016). Vu ce taux, l'OAI a adressé à l'assuré, en date du 6 septembre 2016, un projet de décision refusant les mesures professionnelles et le versement d'une rente d'invalidité.![endif]>![if> 23. Des radiographies ainsi qu'une IRM du genou ont été réalisées en date du 5 août 2016. Selon le compte-rendu y relatif, les radiographies ont mis en évidence une chondrocalcinose méniscale bilatérale et le début d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne. Quant à l'IRM, elle a décelé un status post-méniscectomie partielle avec perte de la substance et amputation du bord libre du segment moyen du ménisque interne, associé à une importante lésion oblique de la corne postérieure du ménisque interne résiduel touchant la surface articulaire inférieure (lésion de grade III), un minime clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque externe (lésion de grade II), un œdème sous-chondral au niveau de la partie antéro-externe du tibia, de type surcharge mécanique ainsi qu'une minime lame d'épanchement intra-articulaire.![endif]>![if> 24. L'assuré a consulté le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a considéré, dans deux rapports datés des 28 juillet et 17 août 2016, après avoir résumé les antécédents médicaux, que la physiothérapie intensive de 6 heures par jour pratiquée à la CRR avait plutôt aggravé la situation. En été 2016, l'assuré présentait une instabilité douloureuse du genou avec des chutes dans les suites d'une méniscectomie interne. Les radiographies avaient montré l'apparition d'une arthrose du compartiment fémoro-tibial médial (FTM) avec pincement modéré et ostéocondensation sous chondrale ainsi que des calcifications méniscales latérale et médiane. Quant à l'IRM, elle avait mis en évidence une lésion complexe de la partie résiduelle de la corne postérieure du ménisque médial, sans languette ni anse de seau ainsi qu'un discret hypersignal sous-chondral du tibia lié à l'arthrose. Une nouvelle arthroscopie n'allait pas résoudre de manière définitive le problème vu l'arthrose débutante qui s'aggraverait quoi qu'il en soit plus ou moins rapidement. Si la lésion méniscale était responsable de l'instabilité / déroboement, sa régularisation devait améliorer ce symptôme mais les douleurs risquaient de persister. Si l'instabilité ne devait pas venir du ménisque, il y aurait alors lieu de recourir à une viscosupplémentation, voire à des injections plaquettaires (PRP).![endif]>![if> 25. Après avoir procédé à une comparaison des revenus, la SUVA a nié à l'assuré, par décision du 9 novembre 2016, tout droit à une rente, en raison du degré d'invalidité insuffisant de CHF 7,63%. Elle a, en revanche, confirmé l'atteinte à l'intégrité de 10%.![endif]>![if> 26. L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 9 décembre 2016.![endif]>![if> 27. Par décision du 30 décembre 2016, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a également refusé au recourant le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 18,21%, insuffisant pour donner droit à une rente.![endif]>![if> 28. En raison d'une boiterie et de douleurs lombaires, une IRM de la colonne lombaire et du bassin a été effectuée le 16 janvier 2017. Selon le compte-rendu y relatif, une minime protrusion discale foraminale L5-S1 droite a été mise en évidence au niveau de la racine L5 droite. Au niveau du bassin, une minime bursite péri-trochantérienne des deux côtés, associée à une possible minime fissure partielle du tendon du moyen fessier droit avant son insertion sur le grand trochanter a également été constatée.![endif]>![if> 29. Interrogé par la SUVA, le docteur I\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste au centre médico-chirurgical (Genève) CMC SA, a expliqué, par courrier du 20 février 2017, que l'assuré souffrait d'une boiterie à droite, de gonalgies droites ainsi que d'une chondrocalcinose du genou droit. Le diagnostic retenu était celui de gonarthrose

droite post-traumatique.![endif]>![if> 30. Les pièces médicales produites depuis le 9 novembre 2016 ont été soumises au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a considéré, dans une appréciation du 6 mars 2017, qu'elles ne modifiaient ni l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité de 10% ni l'exigibilité telle que précédemment retenue (pas de stations debout prolongées, pas de longues marches, ni de montées et descentes d'escaliers, d'échelles et d'escabeaux, pas d'accroupissement, pas de mises à genou ni de port de charges lourdes ; en position assise, possibilité de se lever régulièrement et de mobiliser son genou). Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%. A terme, une rechute devait toutefois être admise.![endif]>![if> 31. Par décision sur opposition du 14 mars 2017, la SUVA a écarté l'opposition du 9 décembre 2016, considérant, en substance, que les rapports de ses médecins d'arrondissement emportaient la conviction. Après avoir rappelé les dispositions légales pertinentes et procédé brièvement à une comparaison des revenus, la SUVA a confirmé le degré d'invalidité de 7,63% et le taux de l'atteinte à l'intégrité.![endif]>![if> Le 3 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant notamment à la constatation de son incapacité de travailler dans toute activité, au versement d'une indemnité journalière à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016 et à la prise en charge de l'opération du genou (procédure A/1594/2017). Par arrêt du 20 février 2018 ( ATAS/142/2018 ), la chambre de céans a annulé la décision sur opposition du 13 mars 2017 et a invité la SUVA à se prononcer, dans une décision formelle, sur les questions de la stabilisation du cas au 31 mai 2016 et de la suppression du droit aux indemnités journalières à cette même date. 32. Le 16 mars 2017, l'assuré a lourdement chuté. Notamment blessé aux dents, il a été examiné par le docteur K\_\_\_\_\_, chirurgien-dentiste à Epagny (France), lequel a attesté, dans un certificat du même jour, avoir procédé à une radiographie panoramique, suite à laquelle il avait extrait les quatre incisives inférieures et réalisé, en laboratoire, une prothèse provisoire amovible, en attendant la pose de la prothèse définitive.![endif]>![if> 33. Dans un courriel adressé le 25 mars 2017 à la SUVA, le Dr I\_\_\_\_\_ a demandé, au vu de la discordance entre la description clinique de l'instabilité du genou faite par l'assuré, les conclusions de la SUVA et l'IRM, l'avis d'un expert en chirurgie orthopédique de la SUVA et un second avis aux HUG pour établir précisément les raisons des chutes de l'assuré. Afin d'éviter une nouvelle chute, il préconisait le port d'une attèle – orthèse de l'extension du genou, rigide. ![endif]>![if> 34. Le 4 avril 2017, le professeur L\_\_\_\_\_, médecin auprès de l'institut de chirurgie articulaire et traumatologie du sport de la clinique Vert-Pré, a établi un certificat dans lequel il a mentionné un examen clinique évoquant un point douloureux sur l'interligne, très net, et une IRM montrant une lésion instable importante du ménisque interne restant, déjà visible sur les IRM précédentes, lésion expliquant l'instabilité et les douleurs du genou droit et pouvant faire l'objet d'une ménisectomie sous arthroscopie.![endif]>![if> 35. L'IRM du genou gauche, réalisée le 5 avril 2017, a mis en évidence une amputation du bord libre du corps du ménisque interne associée à une fissuration oblique de sa corne postérieure et à des irrégularités superficielles du cartilage fémoro-tibial interne sans œdème sous-chondral et sans atteinte du plan ligamentaire interne. Une chondropathie patellaire interne de grade III sans œdème sous chondral associée à une plica suprapatellaire ainsi qu'une lame d'épanchement intra-articulaire ont également été décelées.![endif]>![if> 36. Quant au Dr I\_\_\_\_\_, il a établi une attestation en date du 11 avril 2017, dans laquelle il a fait état de tests médicaux positifs lors de l'examen clinique. L'IRM montrait une lésion instable de la corne postérieure du ménisque interne responsable de la symptomatologie. Le médecin précité

était ainsi d'avis qu'il fallait prévoir une révision arthroscopique du genou à la recherche d'un lambeau de cartilage ou d'une languette méniscale résiduelle aux dépens de la corne postérieure du ménisque interne.![endif]>![if> 37. Le compte-rendu de l'IRM du genou droit du 26 avril 2017 faisait état d'une lésion radiaire du bord libre du corps du ménisque externe ainsi que d'une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne avec un kyste intra-méniscal et un kyste paraméniscal, tous deux en formation. Une déchirure radiaire oblique, en bec de perroquet du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne, avait également été décelée. Enfin, une fissuration cartilagineuse profonde du tiers moyen de la facette rotulienne interne touchant les deux tiers de l'épaisseur du cartilage et une fissuration plus superficielle en regard de la facette externe, avaient été constatées.![endif]>![if> 38. Le recourant a également été examiné par le docteur J\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie HUG, lequel a relevé, dans son rapport de consultation du 23 mai 2017, que son patient présentait des séquelles douloureuses post-méniscectomie médiale du genou droit invalidantes. Compte tenu de la gêne fonctionnelle et de l'absence d'efficacité d'un traitement bien conduit, une intervention arthroscopique pour exploration et réalisation d'un geste méniscal était à envisager pour tenter de soulager le recourant.![endif]>![if> 39. Le 1<sup>er</sup> juin 2017, le recourant a subi une nouvelle arthroscopie du genou droit. Selon le rapport opératoire y relatif, il existait une double lésion de la partie postérieure du ménisque interne restante, avec une fente transversale et une languette instable allant sous le ménisque. Des lésions cartilagineuses avaient également été constatées au niveau du condyle interne.![endif]>![if> 40. Suite à l'intervention du 1<sup>er</sup> juin 2017 et grâce aux séances de physiothérapie, les douleurs ont diminué et l'assuré n'a plus présenté aucune chute comme cela ressort du rapport du Prof L\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2017. Une amyotrophie importante persistait toutefois. Le diagnostic retenu était celui de double lésion traumatique du ménisque interne du genou droit traité par résection méniscale sous arthroscopie le 1<sup>er</sup> juin 2017. La situation devait progressivement s'améliorer sous physiothérapie mais il persistait un doute sur le résultat final en raison des lésions cartilagineuses créées par les lésions méniscales.![endif]>![if> 41. Dans un certificat du même jour, le Prof L\_\_\_\_\_ a évoqué des lésions cartilagineuses au niveau du condyle interne du genou droit, lesquelles avaient été visualisées lors de l'arthroscopie du 1<sup>er</sup> juin 2017. Elles étaient en relation directe avec la languette du ménisque interne, responsable des douleurs du genou dans les suites opératoires de l'intervention du 20 janvier 2015. Lesdites lésions, qui n'existaient pas sur l'IRM effectuée après l'intervention du 20 janvier 2015, étaient responsables des chutes par instabilité du genou dès le mois de mai 2015. L'abstention thérapeutique de l'époque, si elle pouvait se comprendre, était toutefois responsable des lésions cartilagineuses provoquées par les lésions méniscales.![endif]>![if> 42. Le 27 septembre 2017, le Prof L\_\_\_\_\_ a procédé à une arthroscopie du genou gauche, pour méniscectomie, chondrectomie et chondroplastie.![endif]>![if> 43. A teneur d'un rapport du Prof L\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2017, les problèmes du genou droit avaient évolué d'un seul tenant depuis l'accident initial, sans qu'il n'y ait eu de rechutes. Par ailleurs, lesdites douleurs avaient provoqué des douleurs du genou gauche, en relation avec une lésion du ménisque interne, elle aussi liée à l'accident initial. Cette situation avait nécessité une intervention à type de méniscectomie le 27 janvier 2017.![endif]>![if> 44. Le 9 janvier 2018, le Prof L\_\_\_\_\_ a établi un complément au rapport du 21 novembre 2017, dans lequel il a évoqué une surcharge du genou controlatéral, occasionnée par les douleurs, l'instabilité et les lésions du genou droit sur plusieurs années, laquelle avait provoqué des lésions méniscales et cartilagineuses au

niveau du genou gauche.![endif]>![if> 45. Le 9 février 2018, le recourant a été victime d'une nouvelle chute.![endif]>![if> 46. L'IRM du genou droit réalisée le même jour a mis en évidence une minime chondropathie de grade II au niveau de la crête patellaire mesurant 4 mm de diamètre, associée à un amincissement cartilagineux minime du compartiment fémoro-tibial interne. Un clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque externe de grade II ainsi qu'une amputation de la perte de substance au niveau de la corne postérieure du ménisque interne avec un flap méniscal luxé médialement et une lésion oblique résiduelle touchant la surface articulaire avec un minime artéfact métallique postérieur (status post méniscectomie partielle) ont également été décelés.![endif]>![if> 47. Le 23 février 2018, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait été victime d'une nouvelle chute en date du 9 février 2018, en raison de l'instabilité du genou, ce qui démontrait que son état de santé n'était pas stabilisé lorsque l'assurance-accident avait cessé de verser les indemnités journalières.![endif]>![if> 48. A teneur d'une attestation du Dr L\_\_\_\_\_ du 26 février 2018, l'assuré avait chuté dans les escaliers. Depuis lors, il présentait une nouvelle lésion méniscale de son genou droit avec douleurs, instabilité et blocages à répétition, de sorte qu'une intervention chirurgicale s'imposait. ![endif]>![if> 49. Le 15 mars 2018, le Prof L\_\_\_\_\_ a évoqué une méniscectomie, avec nettoyage articulaire et drainage prévue pour le 29 mars 2018.![endif]>![if> 50. A la demande de l'assuré, la SUVA a confirmé, par courrier du 16 mars 2018, la prise en charge de l'intervention chirurgicale précitée dans le cadre d'une rechute.![endif]>![if> 51. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr J\_\_\_\_\_ pour appréciation médicale. Dans son rapport du 26 mars 2018, le médecin précité a relevé que l'arthroscopie de juin 2017 avait procuré un soulagement immédiat. Cela étant, une chute dans les escaliers avait entraîné une rechute, avec une nouvelle apparition des douleurs, ce qui correspondait à la littérature, laquelle proposait, depuis plusieurs années, l'abstention de l'arthroscopie dans le cas d'un genou dégénératif, les lésions méniscales faisant partie de l'arthrose. L'imagerie avait montré une lésion méniscale pour laquelle l'indication opératoire se discutait. En lien avec l'accident assuré, l'état de santé de l'assuré était toutefois stabilisé au 31 mai 2015 au plus tard, le traitement ayant été mené à terme. La symptomatologie douloureuse qui persistait devait être attribuée à l'évolution de la gonarthrose préexistante, étant précisé que cette atteinte avait déjà été objectivée sur les clichés fonctionnels du 13 juillet 2015. Quant au genou gauche, le lien de causalité naturelle avec l'événement assuré était exclu. Le Dr J\_\_\_\_\_ notait également que la littérature scientifique se posait la question de l'utilité et de la nécessité d'une arthroscopie en cas de genou dégénératif avéré, ce qui était le cas chez l'assuré. Par ailleurs, la littérature actuelle ne privilégiait pas les arthroscopies à répétition en raison des risques d'évolution rapide vers une arthrose symptomatique et l'absence de résultat de ce type de traitement.![endif]>![if> 52. Se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement datée du 26 mars 2018, lequel retenait une stabilisation du cas au 31 mai 2016, la SUVA a, par décision du 29 mars 2018, confirmé la fin de ses prestations provisoires avec effet au 31 mai 2016. Par ailleurs, il n'y avait pas lieu d'allouer d'indemnités journalières suite à l'intervention chirurgicale du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'assuré ne réalisant aucun revenu à cette date. ![endif]>![if> 53. Le même jour, sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé à la décision du 29 mars 2018, relevant tout d'abord qu'un an séparait la décision de mettre un terme, avec effet au 31 mai 2016, au versement des indemnités journalières et l'argumentation de la décision querellée, laquelle refusait désormais toute prise en charge au motif qu'aucun salaire n'était versé à l'assuré en juin 2017. Le défaut de salaire était dû au fait qu'il n'était pas capable de travailler. Par ailleurs, son état n'était pas stabilisé

comme cela ressortait de l'attestation du Prof L\_\_\_\_\_ jointe. Par conséquent, compte tenu de la persistance d'une incapacité de travail, la SUVA aurait dû poursuivre le versement des indemnités journalières faute de stabilisation du cas.![endif]>![if> En annexe figurait l'attestation du Prof L\_\_\_\_\_ du 17 avril 2018 dont il ressort que les infiltrations pratiquées avaient été inefficaces et que la situation s'était même aggravée suite à un séjour à la CRR en raison d'une rééducation musculaire « forcée » malgré les douleurs. La méniscectomie sous arthroscopie réalisée le 1 er juin 2017 avait eu pour conséquence une disparition des chutes et une amélioration de la douleur. En raison d'une aggravation des douleurs au genou gauche et d'une lésion du ménisque interne instable, une méniscectomie sous arthroscopie de ce genou avait eu lieu en septembre 2017. En février 2018, l'assuré avait fait une nouvelle chute, avec pour conséquence une torsion et un craquement du genou droit. L'IRM réalisée avait montré une nouvelle lésion méniscale interne, nécessitant une méniscectomie sur le ménisque restant le 29 mars 2018. Depuis lors, la situation s'améliorait progressivement. Le fait d'avoir attendu jusqu'au mois de juin 2017 pour réaliser la nouvelle méniscectomie du genou droit avait participé à l'aggravation des lésions ménisco-cartilagineuses des deux genoux. Par ailleurs, les arthroscopies répétées n'étaient pas remises en cause par la littérature scientifique en cas de lésions méniscales instables avec problème mécanique, ce qui était le cas de l'assuré. 54. L'IRM du genou gauche du 1 er mai 2018 a décelé une perte de substance importante au niveau du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque interne avec une luxation subtotale du ménisque résiduel et une lésion oblique persistante au niveau de la corne postérieure du ménisque interne touchant la surface articulaire inférieure.![endif]>![if> 55. L'IRM du genou droit réalisée, le 14 mai 2018, en raison d'une crise articulaire depuis 48 heures avec épanchement, a mis en évidence une perte de substance et une amputation au niveau de la corne postérieure du ménisque interne (status post méniscectomie partielle ?), associée à une lésion oblique de la corne postérieure résiduelle et une luxation subtotale du ménisque résiduel. Un clivage horizontal de grade II de la corne postérieure du ménisque externe et un minime épanchement intra-articulaire ont également été décelés.![endif]>![if> 56. Par décision sur opposition du 24 mai 2018, la SUVA a partiellement admis l'opposition, dans le sens où le droit à l'indemnité journalière ne pouvait être refusé dès le 22 mars 2017. Cela étant, se fondant sur l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_, l'assurance-accidents a retenu que le cas était bien stabilisé au 31 mai 2016 et que c'était à juste titre qu'elle avait pris en charge l'intervention du 1 er juin 2017 à titre de rechute.![endif]>![if> 57. Le 1 er juin 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait aucun intérêt de débattre, avec le Prof L\_\_\_\_\_, de la question de savoir si une étude suisse permettait de nier la littérature scientifique internationale. L'exigibilité retenue le 27 janvier 2016 était toujours d'actualité, dès lors qu'elle ménageait de manière efficace le membre inférieur droit.![endif]>![if> 58. Le 21 juin 2018, le Prof L\_\_\_\_\_ a établi un rapport dont il ressort que l'IRM du 15 mai 2018 avait montré une nouvelle lésion du ménisque interne responsable de douleurs, d'une instabilité et d'un blocage de l'extension de type méniscal. L'indication opératoire s'imposait et était prévue pour le 5 juillet 2018. Le cartilage de l'assuré présentait une très faible usure qui, s'agissant du genou gauche, avait été aggravée par l'attente entre la première et la deuxième arthroscopie pour lésion méniscale avec troubles mécaniques sévères. La chondrocalcinose évoquée à une reprise était minime et ne jouait aucun rôle dans les troubles méniscaux actuels et passés. Au demeurant, il y avait de toute manière lieu de prouver formellement son existence par le biais d'une biopsie de cartilage.![endif]>![if> 59. Le 25 juin 2018, sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a

interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la réalisation d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition querellée et à la constatation que son état de santé n'était pas stabilisé au 23 (recte 31) mai 2016, au versement de l'indemnité journalière au-delà de cette date et à la prise en charge des frais dentaires occasionnés par l'accident lié au dérobement du genou, soit EUR 5'100.-. [endif]> [if> 60. La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu en date du 27 août 2018. Se référant à une appréciation de son médecin-conseil, la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, elle a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, l'état de santé du recourant étant bien stabilisé au 31 mai 2016. [endif]> [if> En annexe figurait l'appréciation précitée du 24 août 2018, dans laquelle ce médecin a expliqué, après avoir décrit les atteintes méniscales et les mécanismes à leur origine, que l'accident assuré avait entraîné, chez le recourant, une unique atteinte en anse de seau du ménisque interne droit, traitée avec succès lors de l'intervention du 26 janvier 2015. L'atteinte complexe du ménisque interne droit n'était, quant à elle, pas une séquelle de cet accident mais d'origine malade. Il s'agissait d'une usure du ménisque interne due à la gonarthrose du compartiment interne du genou droit, déjà présente lors de l'accident du 17 novembre 2014. Aucun élément contraire ne ressortant du dossier, la Dresse K\_\_\_\_\_ a confirmé une stabilisation de l'état de santé du recourant au 31 mai 2016. Les douleurs du compartiment interne et l'œdème du genou droit récidivant étaient en lien avec la gonarthrose fémoro-tibial préexistante, conjointement avec l'atteinte complexe de la corne postérieure du ménisque interne droit, également d'origine dégénérative. La Dresse K\_\_\_\_\_ confirmait dès lors l'exigibilité retenue par les Drs D\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, ainsi que le taux de 10% relatif à l'atteinte à l'intégrité. Elle reconnaissait par ailleurs le bien-fondé de la quatrième intervention préconisée par le Prof L\_\_\_\_\_ pour autant que l'atteinte de la corne méniscale postérieure droite soit traitée dans son ensemble, sans que des gestes trop conservateurs ne soient répétés. Ladite opération avait non seulement un but antalgique mais elle devait également permettre le ralentissement de la progression de l'arthrose, la subluxation méniscale étant supprimée, sans qu'il n'y ait toutefois une assurance que l'instabilité ressentie puisse être améliorée. Cela étant, cette intervention n'était pas à la charge de l'assurance-accident, dès lors qu'elle avait pour but le traitement de l'atteinte de la corne postérieure du ménisque, d'origine malade. S'agissant de l'atteinte dentaire, elle avait été provoquée par une chute due à un sentiment d'instabilité et de pseudo-giving way développés dans les suites de l'atteinte de la corne méniscale postérieure droite, d'origine dégénérative. Le traitement dentaire n'était donc pas non plus à la charge de l'assureur-accidents. Enfin, le genou gauche était porteur d'une gonarthrose comme cela ressortait de l'imagerie réalisée en 2015. Par conséquent, l'atteinte méniscale externe était plus vraisemblablement due à cette gonarthrose, de sorte que son traitement n'était pas non plus du ressort de l'assurance-accidents. 61. Par courrier du 18 septembre 2018, le recourant a sollicité une prolongation du délai pour produire sa réplique afin de pouvoir soumettre l'appréciation de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 25 août 2018 au Dr L\_\_\_\_\_ pour que celui-ci se détermine. Le médecin précité était toutefois absent jusqu'à la fin du mois. [endif]> [if> 62. Conformément à la demande du recourant, le délai a été prolongé. [endif]> [if> 63. Le 15 octobre 2018, le recourant a produit sa réplique et a notamment contesté l'appréciation de la Dresse K\_\_\_\_\_, dès lors qu'elle ne faisait que reprendre la position de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2016. Sur le fond, il contestait notamment la distinction entre l'atteinte d'origine malade et celle d'origine accidentelle et sollicitait à ce que le Dr L\_\_\_\_\_ soit entendu à ce propos. Le recourant

sollicitait également l'audition du médecin précité afin que celui-ci puisse opposer un « éclairage pertinent aux nouvelles allégations de l'intimée ». Enfin, le recourant a conclu à la réalisation d'une expertise médicale pour départager les avis divergents des médecins consultés.![endif]>![if> 64. L'intimée s'est opposée à la réalisation d'une expertise par courrier du 9 novembre 2018, relevant pour le surplus que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau et qu'il se contentait de rappeler son point-de-vue.![endif]>![if> 65. Le 18 mars 2019, le recourant, sous la plume de son conseil, a produit des pièces complémentaires, dont notamment le compte-rendu opératoire relatif à une arthroscopie-ménisectomie interne sur ménisque restant du genou droit, qui s'est déroulée le 24 octobre 2018, ainsi qu'un rapport du Prof L\_\_\_\_\_ daté du 28 novembre 2018.![endif]>![if> 66. Ces pièces ont été transmises à la SUVA qui, par courrier du 2 avril 2019, a rappelé que la Dresse K\_\_\_\_\_ avait retenu que l'accident assuré avait eu pour conséquence une unique atteinte, celle en anse de seau du ménisque interne droit, traitée avec succès le 29 janvier 2015. L'atteinte complexe du ménisque droit n'était pas consécutive à l'accident assuré mais constituait une usure du ménisque interne due à la gonarthrose du compartiment interne du genou droit, déjà présent lors de l'accident. Pour le surplus, l'assurance-accidents a décrit les exercices pratiqués lors du séjour à la CRR et a considéré que la prise en charge lors de ce séjour ne souffrait d'aucune critique.![endif]>![if> 67. Le 5 avril 2019, le recourant a encore produit des pièces supplémentaires, dont notamment un rapport du Prof. L\_\_\_\_\_, daté du 2 avril 2019, évoquant une nouvelle intervention chirurgicale.![endif]>![if> 68. Après transmission de ces pièces à la SUVA, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 69. Par courrier du 16 avril 2019, le recourant a rappelé qu'il avait demandé l'audition du Prof. L\_\_\_\_\_.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À 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.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.![endif]>![if> 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).![endif]>![if> 5. Le litige porte sur le droit de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mai 2016, et singulièrement sur les questions du lien de causalité et de la stabilisation de l'état de santé.![endif]>![if> 6.

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 LPG; 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 condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ( statu quo ante ) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire ( statu quo sine ) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus ( statu quo ante ou statu quo sine ) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Par ailleurs, en cas d'état maladif préexistant, l'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si 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 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 8. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 2 1 re phrase LAA). Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). A teneur de la disposition précitée, 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical et les indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Ainsi, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2e phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1 er décembre 2009 et les références citées). b. Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « sensible miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de

l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 , consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001). Par conséquent, le moment déterminant pour délimiter, du point de vue temporel, le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité est celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1). c. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1, ATF 116 V 41 consid. 2c). 9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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). b/aa. 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 seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre

2015 consid. 2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/cc. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 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). 10. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

b. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 11. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

12. a. En l'espèce, le 17 novembre 2014, le recourant a été victime d'un accident ayant entraîné une lésion du ménisque. La SUVA a pris en charge le traitement médical et a versé des indemnités journalières. Se fondant sur l'avis de ses médecins d'arrondissement, l'intimée a mis un terme à ses prestations temporaires avec effet au 31 mai 2016, considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médicale une amélioration notable des suites accidentelles et que les troubles encore ressentis étaient à mettre sur le compte des atteintes dégénératives dont souffrait le recourant. Il convient ainsi d'examiner

si les pièces médicales, sur lesquelles la SUVA s'est fondée, sont suffisamment probantes pour étayer sa position, à savoir la fin des prestations temporaires avec effet au 31 mai 2016. b. A titre liminaire, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ du 26 mars 2018 et celle de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 24 août 2018 n'ont pas été établies par des spécialistes indépendants, les médecins précités devant être considérés comme des médecins internes à la SUVA. Par ailleurs, lesdites appréciations ont été établies sur dossier. Ces éléments ne remettent toutefois pas en question leur valeur probante pour autant que lesdites appréciations se fondent sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique de l'assuré, ce qui est le cas en l'espèce, et qu'elles répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, ce qu'il convient d'examiner ci-après. c. Cela étant précisé, force est de constater que tant l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ du 26 mars 2018 que celle de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 24 août 2018 répondent à la plupart des réquisits jurisprudentiels en la matière : elles comportent une description des pièces figurant au dossier, une description des plaintes du recourant et une appréciation de la situation. Par ailleurs, leurs conclusions, qui vont dans le même sens, semblent de prime abord claires et motivées. Un examen approfondi met toutefois en évidence certaines contradictions entre les appréciations des deux médecins d'arrondissement précités. En effet, si les deux médecins considèrent effectivement que la situation était stabilisée au 31 mai 2016 et que les douleurs persistantes devaient être attribuées à l'évolution de la gonarthrose, d'origine dégénérative, leurs avis divergent quant à la prise en charge des interventions pratiquées en 2017 et 2018. Pour le Dr J\_\_\_\_\_, ces interventions s'inscrivent dans le cadre de rechutes, à la charge de l'intimée. Pour sa part, la Dresse K\_\_\_\_\_ a également considéré que la situation était stabilisée au 31 mai 2016 mais elle a mis les interventions chirurgicales susmentionnées sur le compte de l'atteinte dégénérative au genou. Les deux médecins ont également exclu toute causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte au genou gauche. Au contraire du Dr J\_\_\_\_\_, la Dresse K\_\_\_\_\_ a justifié sa position de manière détaillée. Elle a ainsi expliqué que le ménisque du recourant présentait deux types d'atteintes : une atteinte en anse de seau du ménisque interne droit, d'origine traumatique, traitée par ménisectomie partielle le 29 janvier 2015, et une fissure de la corne postérieure du ménisque interne, consécutive à l'usure engendrée par la gonarthrose déjà présente lors de l'accident assuré. Dans la mesure où elle avait été opérée en janvier 2015, l'atteinte en anse de seau ne pouvait être à l'origine des instabilités alléguées par le recourant et son état de santé était dès lors stabilisé en date du 31 mai 2016. La symptomatologie persistant au-delà du 31 mai 2016, à savoir les douleurs, l'œdème du genou droit et le sentiment d'instabilité, étaient en lien avec l'atteinte complexe du ménisque interne de stade III, qui était d'origine dégénérative et non traumatique. Par conséquent, la prise en charge des suites de cette atteinte ne revenait pas à la SUVA. Cela étant, la chambre de céans constate qu'aucun des deux médecins de l'intimée n'a examiné la question de la décompensation d'un état antérieur alors que cela avait été évoqué par la Dresse D\_\_\_\_\_ (avis du 13 avril 2016) et par le Dr E\_\_\_\_\_ (rapport à l'OAI, non daté, mais rédigé au début du mois d'octobre 2015). Il ressort de ce qui précède que tant le Dr J\_\_\_\_\_ que la Dresse K\_\_\_\_\_ ont en réalité examiné le lien de causalité en fonction de la notion prédominant en matière médicale, laquelle ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1). Alors même que la décompensation d'une atteinte dégénérative préexistante est évoquée à plusieurs reprises dans le dossier, aucun de ces deux médecins ne s'est demandé quand le statu quo ante vel

sine avait été atteint. Par ailleurs, s'agissant du genou gauche, le Prof L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'atteinte à ce genou était liée à une surcharge après un an de cannes et d'appui (voir rapport du 9 janvier 2018), ce qui tendrait à retenir un lien de causalité naturelle indirecte (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 210/04 consid. 4.2 et arrêt du Tribunal fédéral 8C\_684/2008 du 5 janvier 2009, dans lesquels le Tribunal fédéral a renvoyé la cause pour instruction complémentaire sur l'existence d'un lien de causalité indirecte). Or, cet aspect n'a pas non plus été examiné par les médecins-conseils de la SUVA. Dans ces circonstances, leurs rapports ne peuvent qu'être qualifiés de lacunaires et la chambre de céans ne peut s'y fier pour se prononcer sur la validité de la décision sur opposition du 24 mai 2018. Partant, dès lors qu'il s'agit en réalité de trancher des questions qui n'ont jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement (causalité partielle, décompensation d'un état dégénératif antérieur et retour au statu quo ante vel sine ), il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée, pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise confiée à un médecin indépendant au vu des avis contradictoires de ses propres médecins-conseils s'agissant de la prise en charge des interventions chirurgicales pratiquées. Dès lors que la cause est renvoyée à la SUVA, il n'y a pas lieu d'entendre le Prof. L\_\_\_\_\_ comme le souhaitait le recourant, ce médecin pouvant être interrogé dans le cadre de l'expertise précitée. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision sur opposition du 24 mai 2018 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent.!

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et 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 À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.