

GE_GERICHTE A/2644/2013 vom 19. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2644_2013

FR: GE_GERICHTE A/2644/2013 du 19 mars 2014

IT: GE_GERICHTE A/2644/2013 del 19 marzo 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.03.2014
A/2644/2013

A/2644/2013 ATAS/319/2014 du 19.03.2014 (LAA) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2644/2013
ATAS/319/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 19 mars
2014 4ème Chambre En la cause Monsieur C _____, domicilié à SANCE, FRANCE,
représenté par Maître Georges BUISSON recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE
SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG * rectification
d'une erreur matérielle le 3 avril 2014 /BJU/MIS intimée EN FAIT 1. Monsieur
C _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1973, travaillait en tant que maçon
coffreur métallique depuis le 2 mai 2011 au service de l'entreprise X _____ S.A.
(ci-après l'employeur) dans le canton de Genève. A ce titre, il était assuré contre les
accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE
SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après l'assureur ou
l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 22 juin 2012, l'employeur a annoncé à l'assureur que
l'assuré avait été victime d'un accident survenu le 19 juin 2012. Une pointelle était tombée
sur le dos de l'assuré. La partie du corps atteinte était le dos et le type de lésion, une
déchirure. L'accident avait entraîné une incapacité de travail.! [endif]>! [if> 3. Les
premiers soins ont été prodigués par le service des urgences de l'HOPITAL
UNIVERSITAIRE DE GENEVE (ci-après les HUG). Selon leur rapport du 6 août 2012,
l'assuré avait reçu un objet de 90 kg sur le dos, "puis chute en avant". Les constatations
objectives étaient des douleurs à l'omoplate droite et aux côtes 4-10 droite. Il n'y avait pas
de fracture et le diagnostic était une contusion de l'hémithorax droit. Un traitement
antalgique avait été prescrit ainsi qu'une incapacité de travail totale du 19 au 29 juin
2012.! [endif]>! [if> 4. L'assureur a pris en charge les suites du cas et l'employeur a mis
fin au contrat de travail pour le 21 juin 2012.! [endif]>! [if> 5. L'incapacité de travail de
l'assuré a été prolongée par les médecins consultés en France, soit les Drs L _____,
médecin généraliste, et M _____, médecin traitant spécialiste en médecine du
sport.! [endif]>! [if> 6. Par rapport du 16 juillet 2012, le Dr L _____ a
diagnostiqué une contusion musculaire. Il a relevé des douleurs dorsales, dans la région de
l'omoplate droite et des cervicalgies. Un traitement antalgique était prescrit et la reprise du
travail se ferait selon l'évolution clinique.! [endif]>! [if> 7. Par rapport du 24 octobre
2012, le Dr M _____ a diagnostiqué un traumatisme dorsal. Le pronostic était bon à
moyen-long terme. L'amélioration était très lente et le traitement se
poursuivait.! [endif]>! [if> 8. Le 16 novembre 2012, un entretien a eu lieu entre
l'assureur et l'assuré. Ce dernier a expliqué le déroulement de l'accident: "Je me trouvais
debout à côté d'un mur et j'étais occupé à poser un coffrage en bois, lorsqu'une pointelle de

soutènement de dalle d'un poids approximatif de 70-80 kg qui n'était pas fixée au plafond a basculé ainsi qu'un plateau de bois (5 cm d'épaisseur sur 4 mètres de long). Le poids m'a compressé contre la dalle, j'ai senti le coup du lapin au niveau des cervicales, le casque que je portais a glissé de ma tête et m'a coupé au niveau du nez. J'étais complètement assommé, j'ai failli m'évanouir, je suis resté allongé sur la dalle de longues minutes. Un collègue est venu me porter secours, il a enlevé la pointelle ainsi que le plateau qui étaient allongés sur mon dos. Mon blouson, ma cote, ainsi que mon t-shirt étaient déchirés et je saignais du dos et j'avais une plaie au nez. J'avais horriblement mal de partout au dos, cervicales, genou gauche et j'avais le bras droit comme paralysé." L'assuré a ajouté qu'il s'était rendu aux urgences avec son véhicule. Les examens radiologiques réalisés aux HUG n'avaient pas révélé de lésion osseuse. On lui avait soigné les plaies au dos et prescrit un corset orthopédique ainsi qu'une minerve. Son amie l'avait ramené à son domicile en voiture. Un examen par imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) complémentaire de la colonne vertébrale, effectué le 7 juillet 2012, avait révélé une déchirure musculaire entre l'omoplate et la colonne. En l'état, il avait des douleurs constantes au niveau des cervicales, il avait la sensation de porter une lourde charge sur les épaules, il souffrait de migraines qui l'empêchaient de dormir et la prise de médication n'apportait qu'un soulagement éphémère. Il souffrait d'insomnies ainsi que d'une dépression depuis le sinistre, car il n'acceptait pas ce qui lui était arrivé. Il portait une minerve de maintien 24h/24h, lorsqu'il l'ôtait il avait l'impression que la tête lui tombait. Depuis environ deux semaines, il était parfois pris subitement de malaises suite aux médicaments. Il avait également un manque de force au bras droit. Depuis l'accident, il avait arrêté toutes les activités sportives (musculture, course à pied, VTT) et avait perdu une importante masse musculaire (environ 10 kg). Il arrivait avec difficulté à accomplir les actes de la vie courante et avait souvent besoin de l'aide de son amie. En raison des douleurs invalidantes aux cervicales, le Dr M_____ ne lui avait pas prescrit des séances de kinésithérapie "suite à sa dépression et à son état de nerf" car il était beaucoup trop contracté. Il se rendait deux fois par semaine à la piscine afin de décontracter ses muscles. Il était de nature très active, et depuis l'accident il se sentait totalement diminué tant physiquement que mentalement. Il était devenu irritable, tendu et angoissé car il ne constatait aucune amélioration notable. Il était soucieux par rapport à ses quatre enfants, car il ne pouvait plus s'en occuper et jouer avec eux comme auparavant. [endif]>[if> 9. Par rapport du 26 novembre 2012, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a relevé que les éléments disponibles mettaient en évidence un traumatisme de la région dorsale avec cervicalgies dans les suites. Il n'y avait aucune information sur le bilan radiographique permettant d'évaluer plus objectivement la situation médicale. Il convenait d'obtenir l'IRM de la colonne vertébrale évoquée par l'assuré. [endif]>[if> 10. Par rapport du 7 décembre 2012, le Dr M_____ a diagnostiqué un traumatisme dorsal initial. Actuellement, l'assuré se plaignait de cervicalgies importantes s'accompagnant de céphalées parfois intenses et d'étourdissements. Le médecin notait également une dépression post-traumatique. Une IRM allait être effectuée le 27 décembre 2012. Un traitement anti-dépresseur avait été introduit et l'assuré portait une minerve cervicale. [endif]>[if> 11. Par rapport du 27 décembre 2012, le Dr O_____ a indiqué que l'IRM cervicale révélait une discopathie C4-C5 avec bombement discal postérieur sans saillie discale focalisée mais responsable d'un effacement des espaces liquidiens péri-médullaires antérieurs, sans hypersignal T2 médullaire associé en faveur d'une myélopathie cervicarthrosique. [endif]>[if> 12. Par rapport du 8 janvier 2013, le Dr

M_____ a noté une petite amélioration sur le plan physique et psychique. L'amélioration était toutefois insuffisante pour envisager une reprise du travail.![endif]>![if> 13. Par rapport du 18 janvier 2013, le Dr N_____ a estimé que le traitement de la déchirure musculaire n'était pas justifié cinq mois après l'accident, en l'absence d'autres lésions objectives. Le médecin proposait que le dossier soit clôturé.![endif]>![if> 14. Le 1^{er} février 2013, l'assuré a expliqué à l'assureur qu'il souffrait toujours du genou gauche. Une IRM était prévue le 11 février 2013.![endif]>![if> 15. Par rapport du 11 février 2013 portant la mention "IRM GENOU DROIT", le Dr P_____ du CENTRE HOSPITALIER DE MACON, a expliqué notamment que depuis un traumatisme du genou survenu lors d'une chute d'échafaudage (accident de travail avec choc direct rotulien), l'assuré souffrait de son genou, d'une boiterie à la marche, avec irradiation douloureuse à la face antérieure de la cuisse et externe du mollet. A l'examen, le Dr M_____ avait noté un syndrome rotulien post-traumatique, sans argument pour une pathologie ligamentaire. Selon le Dr P_____, le seul élément d'imagerie à retenir était une image de plicae externe au sein de l'articulation fémoro-patellaire, à laquelle s'associait un petit épanchement articulaire. Dans le contexte post-traumatique, il n'y avait pas de lésion post-contusionnelle et le système ligamentaire présentait un aspect normal.![endif]>![if> 16. Par rapport du 12 février 2013, le Dr M_____ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs au genou gauche qui semblaient correspondre à un syndrome rotulien post-traumatique ainsi qu'en témoignait un discret épanchement intra-articulaire et une douleur à la palpation du pourtour rotulien. L'IRM était rassurante puisqu'elle ne retrouvait que le petit épanchement intra-articulaire et pas de lésion cartilagineuse. Le médecin avait réalisé une première infiltration de corticoïdes dans le genou.![endif]>![if> 17. Par rapport du 20 février 2013, le Dr N_____ a indiqué que les derniers éléments ne modifiaient pas sa précédente appréciation.![endif]>![if> 18. Par décision du 22 février 2013, l'assureur a indiqué mettre fin au versement des prestations d'assurance à compter du 28 février 2013. Au vu des appréciations du Dr N_____, les troubles qui subsistaient aujourd'hui n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 28 février 2013. ![endif]>![if> 19. Le 4 mars 2013, l'assuré s'est entretenu par téléphone avec l'assureur. Il a expliqué qu'il s'était blessé au genou gauche. Selon lui, le médecin s'était trompé dans le rapport et certainement dans l'examen. Il entendait consulter un nouveau spécialiste et refaire des examens. Il avait encore de grosses douleurs.![endif]>![if> 20. Par courrier du 20 mars 2013, l'assuré s'est opposé à la décision s'agissant de son genou gauche. Il a joint un rapport établi le 4 mars 2013 par le Dr M_____, expliquant que le problème qui restait en rapport avec l'accident du 19 juin 2012, était une douleur au genou gauche correspondant à un syndrome rotulien post-traumatique. En effet, lorsque l'assuré avait été projeté au sol, sa rotule gauche avait heurté le sol en avant et avait été "percuté" par son fémur en arrière, ce qui avait contusionné son cartilage de rotule. Actuellement, le médecin retrouvait facilement la douleur à la palpation du pourtour rotulien, ainsi qu'à la pression et à la mobilisation de la rotule (signe du rabot). Il avait effectué deux infiltrations, prescrit des chondroprotecteurs, des anti-inflammatoires et des antalgiques. Le médecin notait par ailleurs une malencontreuse erreur d'IRM du 11 février 2013, qui semblait en fait s'être intéressé au genou droit alors que c'était bien le genou gauche qui était demandé. Dans ces conditions, le médecin et l'assuré s'opposaient à la clôture anticipée du dossier, car il y avait bien un rapport direct entre l'accident et les douleurs encore présentes.![endif]>![if> 21. Par

rapport du 7 mai 2013, le Dr M_____ a prolongé l'incapacité de travail. Il constatait que le traitement médical pour le genou gauche était inefficace, de sorte qu'il requérait un avis chirurgical.![endif]>![if> 22. Lors d'un entretien téléphonique le 19 juin 2013, l'assuré a expliqué à l'assureur qu'il avait été examiné ce jour-là par le Dr Q_____, chirurgien orthopédique et traumatologie, chirurgien du genou et chirurgien du membre inférieur auprès du Centre orthopédique médico-chirurgical à DRACY LE FORT. Sur la base d'une consultation et de l'IRM réalisée, le médecin lui avait expliqué qu'il avait une lésion du tendon rotulien et qu'une intervention était nécessaire. L'assuré a ajouté qu'il n'avait jamais eu de douleurs au genou gauche avant l'accident du 19 juin 2012 et qu'il ne comprenait pas pour quelles raisons l'assureur avait mis fin aux prestations. Il a rappelé qu'il avait reçu une pointelle d'environ 70 kg sur le dos qui l'avait propulsé en avant, son genou gauche s'était alors tordu vers l'extérieur et l'assuré était tombé avec choc direct sur son genou gauche. Son genou avait immédiatement enflé. Il avait appliqué de la glace le soir même, mais comme il avait tellement mal au dos et aux cervicales, personne n'avait prêté attention au genou gauche. Pendant les mois qui avaient suivi, il avait eu des douleurs au genou, dont il avait fait part au Dr M_____, lequel avait préféré dans un premier temps se concentrer sur les troubles de la nuque et du dos. Les douleurs au genou l'obligeaient à se déplacer en boitant et celles-ci étaient devenues petit à petit très handicapantes. Quant aux douleurs de la nuque et du dos, celles-ci s'étaient résorbées début 2013. Il n'avait plus de douleurs, ni de gêne. Aussi, courant janvier 2013, les douleurs au genou étant de plus en plus gênantes pour lui, le Dr M_____ avait décidé de faire des infiltrations. Pour l'ensemble de ces raisons, l'assuré ne comprenait pas la position de l'assureur. Son employeur n'avait pas voulu annoncer les troubles du genou à son assureur perte de gain maladie et depuis mars 2013, il percevait des prestations du chômage en France.![endif]>![if> 23. Par rapport du 19 juin 2013 adressé au Dr M_____, le Dr Q_____ a expliqué que s'agissant du genou gauche, il existait manifestement un Lachmann Trillat arrêé mou sans aucun doute. Il existait un ressaut positif bien reconnu par l'assuré et douloureux. Le Dr Q_____ retenait par conséquent l'indication à une ligamentoplastie du genou. Il avait informé l'assuré des risques de l'intervention. Etant donné qu'il s'agissait d'un patient très anxieux, il fallait le rassurer pour limiter le risque de raideur douloureuse après l'intervention. A l'IRM, sur les planches vues ce jour, il identifiait, quant à lui, la rupture, ce qui ne semblait pas avoir été fait initialement.![endif]>![if> 24. Le 25 juin 2013, le Dr M_____ a indiqué qu'il existait au genou gauche une entorse grave par rupture complète du ligament croisé antérieur qui n'avait pas été diagnostiquée initialement et qui expliquait la non-amélioration par le traitement médical. Une intervention chirurgicale était programmée par le Dr Q_____![endif]>![if> 25. Par avis du 28 juin 2013, le Dr N_____ a estimé qu'un lien de causalité entre une lésion ligamentaire au genou gauche et l'accident ne pouvait pas être retenu. Il a relevé que ni le rapport des HUG du 6.8.2012, ni celui du Dr M_____ du 19.12.2012 ne mettaient en évidence de lésion du genou gauche. Lors de l'entretien du 16 novembre 2012, l'assuré n'avait fait aucune allusion à un traumatisme du genou dans l'état des faits. Il faisait état d'un traumatisme du rachis uniquement. Le Dr N_____ considérait donc que le lien de causalité entre la lésion ligamentaire constatée au niveau du genou gauche et le traumatisme décrit par l'assuré (chute d'une dalle au niveau des cervicales) était exclu. Le Dr N_____ rappelait qu'une lésion aiguë du ligament croisé du genou s'accompagne d'une tuméfaction, d'une douleur aiguë, d'une gêne fonctionnelle à la marche et d'une limitation fonctionnelle dans les gestes quotidiens. Or,

l'assuré n'avait pas donné lors de l'entretien du 16 novembre 2012 des informations concernant une éventuelle lésion du genou gauche. Les médecins des HUG et son médecin traitant n'avaient pas non plus signalé une telle lésion. 26. Le 4 juillet 2013, l'assureur a reçu un rapport établi le 25 juin 2013 par le Dr M_____. Ce médecin rappelle que l'assureur savait que l'assuré se plaignait de son genou gauche, que le diagnostic initial avait été un syndrome rotulien post-traumatique, que les infiltrations n'avaient pas apporté d'amélioration et qu'il avait demandé un avis chirurgical auprès du Dr Q_____, lequel avait diagnostiqué une entorse grave du genou par rupture du ligament croisé antérieur (ci-après LCA) complète et avait proposé une intervention chirurgicale. Le Dr M_____ demandait donc à l'assureur de rétablir l'assuré dans ses droits. 27. Par décision sur opposition du 29 juillet 2013, l'assureur a rejeté l'opposition. L'assuré prétendait uniquement que l'atteinte ligamentaire au genou gauche diagnostiquée récemment était une conséquence de l'accident du 19 juin 2012. Selon une étude minutieuse du dossier, l'assuré avait évoqué, pour la première fois, des troubles au genou gauche en février 2013 seulement. Interrogé le 16 novembre 2012, l'assuré ne s'était pas plaint de son genou gauche. En outre, au plan médical, la première mention relative à cette articulation apparaissait dans le courrier du 12 février 2013 du Dr M_____. Selon l'assureur, l'avis du Dr N_____ du 28 juin 2013, selon lequel un lien de causalité entre la lésion ligamentaire au genou gauche et l'accident était exclu, avait pleine valeur probante. Ce médecin avait rappelé l'absence d'information concernant un traumatisme du genou gauche au moment du fait invoqué. En outre, selon ce médecin, une lésion du ligament croisé s'accompagne d'une tuméfaction, d'une douleur aiguë, d'une gêne à la marche et d'une limitation fonctionnelle dans les gestes quotidiens; éléments ni relatés, ni présentés par l'assuré dans les suites plus ou moins immédiates de l'événement. L'assureur a fait remarquer que l'essentiel de l'argumentation de l'assuré était que ses douleurs seraient survenues uniquement après l'accident. Or, un raisonnement fondé sur l'adage "post hoc, ergo propter hoc" ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant d'éventuels troubles à la colonne vertébrale, le Dr N_____ avait expliqué au demeurant que la poursuite d'un traitement médical portant sur la déchirure musculaire initialement diagnostiquée n'était pas admissible cinq mois après l'accident. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de son avis et l'assuré ne prétendait pas que ces troubles engageaient encore la responsabilité de l'assureur au-delà du 28 février 2013. 28. Par acte du 12 août 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition, concluant sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la reprise du versement des prestations d'assurance à compter du 1^{er} mars 2013. Le recourant fait valoir que le lien de causalité entre l'atteinte au genou gauche et l'accident est attesté non seulement par le diagnostic de rupture du ligament du genou posé par le Dr Q_____, mais aussi par les certificats du Dr M_____ que le recourant joint au recours et qui attestent qu'il avait immédiatement signalé des douleurs au genou gauche dès la première consultation le 21 août 2012. Selon le recourant, le lien de causalité est également établi par le fait que lorsque le recourant avait été plaqué au sol par la pointelle, il avait subi un traumatisme direct antérieur au niveau de son genou gauche et par le fait qu'il résulte du rapport d'entretien du 16 novembre 2012, qu'il avait eu mal au genou gauche lors de l'accident. Il n'était donc pas possible de contester le lien de causalité entre l'accident et les douleurs au genou gauche. A l'appui de son recours, l'assuré produit un rapport établi le 7 août 2013 par le Dr M_____. Ce médecin indique que le recourant lui a signalé dès la première consultation qu'il présentait des douleurs au genou gauche suite

à son traumatisme et à sa chute. Mais les symptômes semblaient peu importants par rapport à sa douleur dorsale, qui elle était atroce. A l'examen du genou gauche, le médecin n'avait pas senti la laxité, ce qui pouvait se comprendre car le patient était très contracté à cause de sa douleur et cela avait dû fausser les perceptions du médecin, d'autant plus qu'il ne s'agissait pas de la plainte principale. Les symptômes s'étaient faits plus intenses lorsque la douleur dorsale avait diminué, ce qui avait motivé l'IRM du genou gauche effectuée le 11 février 2013. Le diagnostic de rupture complète du ligament croisé antérieur avait été ensuite posé par le Dr Q_____, diagnostic que le Dr M_____ confirmait à postériori. Dans un rapport complémentaire daté du 8 août 2013, le Dr M_____ a rappelé que le recourant lui a signalé dès le 21 août 2012 ses douleurs au genou gauche, mais que la plainte principale était à l'époque au niveau du dos. A l'examen du genou, il n'avait pas diagnostiqué d'entorse grave, mais le patient était très contracté à cause de la douleur. Le Dr M_____ a par ailleurs répondu aux arguments avancés par le Dr N_____ dans son rapport du 28 juin 2013: celui-ci indiquait que le recourant n'avait pas évoqué un traumatisme au genou lors de l'accident. Or, lorsque le recourant avait été plaqué au sol par la pointelle, il avait bien eu un traumatisme direct antérieur au niveau de son genou gauche, ce qui était compatible avec une lésion du pivot central. Le Dr M_____ ne s'expliquait pas comment on pouvait affirmer que le lien était exclu alors que c'était au contraire classique. Le Dr N_____ estimait qu'une lésion du ligament croisé du genou s'accompagne d'une tuméfaction, d'une douleur aiguë, etc. Or, pour le Dr M_____, cette description est celle d'une forme typique et ne résume absolument pas toutes les formes cliniques. Le Dr M_____ a rappelé que le recourant avait été transpercé par une pointelle et que c'était cela qui avait été le plus gênant. Il ne s'était pas beaucoup servi de son genou dans ces conditions, raison pour laquelle il n'avait pas été trop gêné par la douleur et la faiblesse de son genou. Ce n'était que lorsque la douleur du dos s'était estompée et que son activité avait augmenté que les symptômes étaient devenus plus précis, plus parlants et plus gênants, d'où l'IRM demandée. Actuellement, le diagnostic d'entorse grave du genou par rupture du LCA était établi de façon indiscutable. Selon le Dr M_____, aucun expert indépendant ne pourrait arriver à la conclusion qu'il n'y avait pas de lien entre l'accident et la lésion du genou. 29. Par réponse du 5 septembre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Elle ajoute que seul est litigieux le lien de causalité entre l'atteinte au genou gauche et l'accident dès lors que le recourant ne conteste pas la décision mettant un terme aux prestations en lien avec les troubles de la colonne vertébrale. Elle rappelle que le trouble du genou gauche n'a été mentionné que tardivement, soit le 1^{er} février 2013, lors d'un entretien téléphonique entre le recourant et l'intimée. Elle relève que le diagnostic posé par le Dr Q_____ concernant le genou gauche du recourante repose en partie sur les constats de l'IRM, alors que celle-ci concerne le genou droit. Par ailleurs, les rapports du Dr M_____ ont une faible valeur probante, car il a changé de diagnostic à de multiples reprises, pour finalement retenir celui établi par le Dr Q_____, qui repose en partie sur une IRM non pertinente. En outre, le Dr Q_____ ne s'était pas prononcé sur l'origine de la rupture du ligament croisé. L'appréciation du Dr N_____ du 28 juin 2013 avait, quant à elle, une importante force probante. Enfin, les symptômes d'une déchirure du ligament croisé étaient apparus huit mois après l'accident. Ainsi, un lien de causalité naturel entre la rupture du ligament croisé du genou gauche et l'accident du 19 juin 2012 devait être exclu. 30. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT 1. Conformément à

l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Par ailleurs, lorsque l'assuré est domicilié à l'étranger, comme en l'espèce, le tribunal compétent est celui du canton de son dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de son dernier employeur en Suisse (art. 58 al. 2 LPGA). En l'espèce, le dernier employeur du recourant, qui réside en France, a son siège social à Genève. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). L'événement assuré étant survenu le 19 juin 2012, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

3. Interjeté dans la forme prévue par la loi, le recours du 14 août 2013 contre la décision sur opposition du 29 juillet 2013 est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant au genou gauche sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 19 juin 2012.

5. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la

santé (ATF non publié 8C_433/2008 du 11 mars 2009). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1; ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante (voir ATF 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c et la jurisprudence citée). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 et les références citées). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références citées; ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2). 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ),

l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; ATF non publié 8C_923/2010 du 2 novembre 2011, consid. 5.2). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

7. 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).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que le recourant présente une rupture du ligament croisé antérieur au genou gauche. Dès lors qu'il s'agit d'une lésion du ligament au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA, cette atteinte est susceptible d'être reconnue comme lésion corporelle assimilée à un accident pour autant que l'accident du 19 juin 2012 en soit en partie à l'origine.

En se référant au rapport établi par le Dr N_____ le 28 juin 2013, l'intimé a considéré que l'atteinte diagnostiquée n'est pas en lien de causalité naturelle avec

l'accident. La Cour de céans est d'avis toutefois que les conclusions auxquelles aboutit ce médecin ne convainquent pas, et ce pour plusieurs motifs. Le Dr N_____ considère que le lien de causalité entre la lésion au genou gauche et la "chute d'une dalle au niveau des cervicales" est exclu. Or, s'agissant du déroulement exact de l'accident, si la déclaration établie par l'employeur le 22 juin 2012 fait certes uniquement état d'une pointelle tombée sur le dos du recourant, il résulte toutefois des explications données par le recourant - avant que la question de l'atteinte au genou gauche ne devienne litigieuse entre les parties - qu'en recevant sur le dos la pointelle de 70-80 kg et un plateau de bois, il avait chuté en avant (rapport des HUG du 6 août 2012) et que le poids de la pointelle et du plateau l'avaient compressé au sol et un de ses collègues avait dû les enlever car ils étaient sur son dos (rapport d'entretien du 16 novembre 2012). Par la suite, le recourant a réitéré ses explications en exposant qu'il avait reçu une pointelle d'environ 70 kg sur le dos qui l'avait propulsé en avant, son genou gauche s'était alors tordu vers l'extérieur et le recourant était tombé avec choc direct sur son genou gauche (entretien téléphonique du 19 juin 2013). Il s'ensuit que le Dr N_____ s'est déterminé sur le lien de causalité entre l'accident et la lésion au genou gauche, en se limitant à la chute d'une dalle au niveau des cervicales du recourant, sans prendre en considération le fait que le recourant a chuté en avant. Par ailleurs, le Dr N_____ relève que ni le rapport des HUG du 6 août 2012, ni celui du Dr M_____ du 7 décembre 2012 ne font état d'une atteinte au genou gauche. S'il apparaît effectivement que les constatations médicales consignées dans ces rapports ne font pas état de troubles au genou gauche, la teneur de ces deux rapports - dont on relèvera au demeurant le caractère peu détaillé - ne suffit pas encore à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'absence de douleurs au genou gauche dans les suites de l'accident. En effet, le Dr M_____ a attesté que le recourant s'est plaint dès la première consultation, soit dès le 21 août 2012, de douleurs au genou gauche suite à sa chute, mais les symptômes paraissaient alors peu importants par rapport à la douleur dorsale, qui était sa plainte principale. A l'examen, le Dr M_____ n'avait pas senti la laxité, ce qui pouvait s'expliquer par le fait que le recourant était très contracté à cause de sa douleur. Les symptômes au genou s'étaient faits plus intenses lorsque la douleur dorsale avait diminué, motivant ainsi une IRM le 11 février 2013 (rapports du Dr M_____ des 7 et 8 août 2013). Qui plus est, contrairement à ce que relève le Dr N_____ dans son rapport du 28 juin 2013, le recourant a expliqué lors de son entretien avec l'intimée le 16 novembre 2012 - soit bien avant que la question de l'atteinte au genou gauche ne devienne litigieuse - que lorsque l'accident est survenu, il avait horriblement mal de partout au dos, aux cervicales et au genou gauche (rapport d'entretien du 16 novembre 2012, page 2, 1^{er} paragraphe). Pour l'ensemble de ces motifs, le rapport du Dr N_____ n'emporte pas la conviction, de sorte qu'il ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. La Cour de céans constate par ailleurs qu'aucune autre pièce versée au dossier ne permet d'exclure un lien de causalité entre la chute du 19 juin 2012 et l'atteinte au genou gauche en cause. Aucune pièce ne démontre que la lésion ligamentaire serait manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, auquel cas celle-ci ne pourrait être assimilée à un accident. Le recourant fait, quant à lui, valoir que l'accident du 19 juin 2012 serait à l'origine de l'atteinte diagnostiquée à son genou gauche, en se référant à l'appréciation du Dr M_____. Si le Dr M_____ est certes d'avis qu'un lien de causalité existe entre l'accident et la rupture du ligament croisé antérieur (rapports des 25 juin, 7 et 8 août 2013), la Cour de céans ne saurait toutefois statuer uniquement sur la base des rapports établis par le Dr M_____, dont l'appréciation, émise en qualité de

médecin traitant, doit être abordée avec précaution. Force est dès lors de constater, qu'en l'état actuel, le dossier ne contient pas d'informations fiables et suffisantes permettant une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, de sorte qu'il convient de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle complète l'instruction, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGGA, afin de déterminer si l'atteinte au genou gauche du recourant peut être imputable, au moins partiellement, à l'évènement du 19 juin 2012 ou si elle est d'origine exclusivement malade.

9. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 22 février 2013 et la décision sur opposition du 29 juillet 2013 sont annulées en tant qu'elles nient le droit du recourant à des prestations pour son atteinte au genou gauche.

10. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGGA et 89H LPA).

11. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGGA).

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

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 22 février 2013 et la décision sur opposition du 29 juillet 2013 rendues par l'intimée, en tant qu'elles nient le droit du recourant à des prestations pour son atteinte au genou gauche.

4. Les confirme pour le surplus.

5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

6. Condamne l'intimée à verser au recourant 1'500 fr. à titre de dépens.

7. Dit que la procédure est gratuite.

8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le