

## **GE\_GERICHTE A/2712/2012 vom 30. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2712\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2712_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2712/2012 du 30 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2712/2012 del 30 aprile 2013

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.04.2013  
A/2712/2012

A/2712/2012 ATAS/418/2013 du 30.04.2013 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2712/2012  
ATAS/418/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 30 avril  
2013 1 ère Chambre En la cause Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié rue du Beulet 10,  
GENÈVE recourant contre BALOISE ASSURANCES SA, sis Aeschengraben 21, BÂLE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimé EN  
FAIT Monsieur A \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant français né  
en 1965 et domicilié à Genève depuis le 29 août 2012, a exercé l'activité de cuisinier au sein  
d'un restaurant dès le 1 er juin 2010. Il était assuré à ce titre contre les accidents  
professionnels et non professionnels, ainsi que contre la perte de gain en cas de maladie,  
auprès de la BALOISE ASSURANCE SA (ci-après l'assureur ou l'intimé). Le 27 juin 2011,  
l'assuré s'est tordu la cheville gauche et a fait une chute dans les escaliers de son lieu de  
travail alors qu'il transportait un plateau chargé de nourriture. Suite à cette chute, l'assuré a  
continué à travailler pendant neuf jours, soit jusqu'au 6 juillet 2011, malgré les douleurs  
ressenties au niveau de la cheville et du genou gauches. Le 6 juillet 2011, l'assuré a consulté  
le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qui l'a mis en  
arrêt complet de travail jusqu'au 11 juillet 2011. Le 11 juillet 2011, l'assuré a consulté le Dr  
C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil  
locomoteur, lequel a établi un certificat attestant d'une incapacité totale de travail du 11 au  
14 juillet 2011, puis d'une capacité de travail de 50% du 15 au 20 juillet 2011. Le 14 juillet  
2011, le Dr B \_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt complet de travail du 15 au 31 juillet 2011,  
puis, de mois en mois jusqu'au 30 septembre 2012. Par rapport du 20 juillet 2011, le Dr  
D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a relevé, suite à une IRM du même jour, un  
discret épanchement intra-articulaire, une ulcération au sein du cartilage rotulien de  
localisation paramédiane interne, un status post-régularisation de la corne postérieure du  
ménisque interne, sans nouvelle déchirure objectivable, l'absence de lésion méniscale  
externe, une bursite sous ligament collatéral externe, un tendon quadricipital d'épaisseur  
normale et la tuméfaction du tendon rotulien au niveau de son insertion distale évoquant  
une tendinopathie d'insertion. Dans un rapport du 22 juillet 2011 adressé à l'assureur, le Dr  
B \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une gonalgie gauche avec douleur de la face interne. Il a  
également fait mention du fait que l'assuré avait subi une opération du genou gauche le 10  
août 2006, que les lésions présentées étaient dues uniquement à l'accident du 27 juin 2011 et  
que l'incapacité de travail était totale à compter du 6 juillet 2011. Par déclaration de sinistre  
du 25 juillet 2011, l'employeur de l'assuré a informé l'assureur qu'en date du 27 juin 2011,  
l'assuré avait été victime d'une chute dans les escaliers et d'un traumatisme au genou  
gauche. L'assureur a pris le cas en charge, versant notamment à l'assuré des indemnités

journalières correspondant à une incapacité de travail totale, du 6 juillet 2011 au 31 janvier 2012. Par rapport du 24 août 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu que l'IRM réalisée le même jour montrait un discret épanchement intra-articulaire, une ulcération du cartilage rotulien dans sa partie interne, un status post-régularisation de la corne postérieure du ménisque interne avec ligne de signal hyperintense s'étendant jusqu'à sa surface inférieure, la conservation des ligaments croisés et collatéraux et l'absence de lésion méniscale externe, de nécrose aseptique et de lésion ostéochondrale. Le 25 août 2011, le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à une infiltration de corticostéroïdes dans le genou gauche sous scopie. Lors d'un entretien avec l'assureur le 15 septembre 2011, l'assuré est revenu sur les circonstances de son accident et a précisé avoir continué à travailler pendant neuf jours en mettant tout son poids du côté droit et en sollicitant de façon accrue l'apprenti pour les tâches qu'il n'était pas en mesure d'accomplir. Comme son genou ne désenflait pas, il avait fini par consulter un médecin, lequel l'avait immédiatement mis en arrêt de travail. Il avait le sentiment que sa rotule frottait et chauffait et il ressentait des gouttes qui longeaient sa jambe. Son genou, toujours gonflé, le gênait en permanence, même au repos. En fin de journée, sa cheville et ses orteils devenaient bleus et il ressentait des tiraillements jusque dans la fesse. Par courrier du 26 septembre 2011, l'assureur a communiqué à l'assuré le nom de deux experts auxquels il envisageait de remettre le dossier pour une expertise. La possibilité de choisir l'expert ainsi que de modifier ou de compléter le questionnaire qui serait soumis à ce dernier lui était offerte. Le 23 septembre 2011, sur recommandations du Dr B\_\_\_\_\_, l'assuré a consulté le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a établi un rapport le 27 septembre 2011, dont il ressort que l'assuré se déplaçait avec une boiterie importante, en utilisant une canne beaucoup trop haute dans la main gauche. Lors de la déambulation sans canne, il boitait de façon asynchrone à droite et à gauche. En décubitus dorsal, aucune inégalité des membres inférieures n'a été relevée. Les hanches étaient libres et leur mobilité était symétrique. Le genou gauche était sec et stable. La mobilité en flexion-extension était complète et la palpation des interlignes interne et externe indolore. Le rabot rotulien ne réveillait pas de douleur. La palpation de la facette interne de la rotule était sensible et la masse musculaire des deux cuisses était symétrique. Sur la base des IRM réalisées les 20 juillet et 24 août 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté le status après régularisation méniscale postéro-interne et l'absence de lésion méniscale, de lésion ligamentaire et de lésion cartilagineuse hormis une chondropathie fémoro-patellaire de stade deux à trois. L'assuré présentait des séquelles douloureuses post-traumatique du genou gauche, dont la présentation clinique n'était pas en corrélation avec ses plaintes. L'assuré n'ayant pas présenté une feuille d'accident LAA, il était impossible de déterminer une date de reprise de l'activité professionnelle, toutefois, sur la base de l'examen clinique, l'assuré était capable de reprendre son activité de cuisinier. Le Dr E\_\_\_\_\_ a encore précisé que sur la base de son examen, l'assureur aurait dû pouvoir clôturer le cas. Par courrier du 10 octobre 2011, l'assureur a invité le Dr B\_\_\_\_\_ à organiser la reprise à 100% de l'activité de cuisinier de l'assuré, ou, en cas de désaccord, d'en communiquer les raisons à son médecin-conseil. Le 11 octobre 2011, l'assuré a indiqué à l'assureur que son choix d'expert se portait sur le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Aucune modification n'a été apportée au questionnaire devant être transmis à l'expert. Par rapport du 13 octobre 2011, la Dresse G\_\_\_\_\_ et le Dr H\_\_\_\_\_ du service de médecine nucléaire des Hôpitaux Universitaires cantonaux (ci-après HUG) ont constaté que l'examen scintigraphique osseux, avec images de perfusion centrées sur les genoux réalisé

le 12 octobre 2011, était dans les limites de la normes. Par courrier du 19 octobre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué au médecin-conseil de l'assureur que l'assuré avait été opéré du genou gauche le 10 août 2006. Le 27 juin 2011, il avait chuté sur le même genou et présentait depuis une douleur chronique qui le gênait dans son métier de cuisinier, en raison du maintien de la position debout en permanence et des douleurs induites par la marche. Les différents traitements, dont une infiltration, étaient demeurés sans résultat. Les IRM du 19 mai 2009 et du 24 août 2011 montraient une atteinte partielle de la corne postérieure du ménisque interne "droit". Celle du 24 août 2011 mettait en outre en évidence une ulcération du cartilage rotulien de la partie interne. Afin de pouvoir clôturer le dossier et pour connaître des capacités et des limitations de l'assuré, le Dr B\_\_\_\_\_ préconisait des tests de mise en situation de travail dans le but de l'orienter vers une autre activité professionnelle. Le 30 novembre 2011, le contrat de travail de l'assuré a pris fin. Le Dr F\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 22 décembre 2011. Dans son rapport du 28 janvier 2012, il a diagnostiqué principalement une entorse du genou gauche, bénigne, survenue le 27 juin 2011. Il a en outre établi les diagnostics complémentaires suivants : un état après entorse du genou gauche à la charge du ligament latéral interne, un état après ménisectomie interne du genou gauche, une probable instabilité externe de la cheville gauche, une chondropathie rotulienne interne, une arthrose facettaire L5-S1 gauche et débutant en L4-L5, un probable début de coxarthrose gauche, une possible maladie de Haglund oligosymptomatique bilatérale, un début de déformation en griffe des orteils externes et un probable syndrome d'aggravation psychogène. Outre l'examen de l'assuré, le Dr F\_\_\_\_\_ a procédé à l'analyse des différents rapports lui ayant été remis, soit notamment un rapport du 19 mai 2009 dans lequel le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu, suite à une IRM du 18 mai 2009, un épanchement intra-articulaire, une formation synoviale bordant le ligament croisé antérieur, un signal linéaire hyperintense au sein de la corne postérieure du ménisque interne évoquant un status post-régulation, une formation ovalaire entourant le ligament collatéral externe traduisant une bursite, une tendinopathie rotulienne et une absence de rupture des ligaments collatéraux et de signe d'algoneurodystrophie aiguë et de nécrose aseptique. Dans le cadre de l'anamnèse orthopédique et traumatologique, l'expert a indiqué que l'assuré avait subi plusieurs traumatismes à la jambe gauche, apparemment sans séquelle et présenté des varices. Il avait notamment été victime d'une entorse au genou gauche en chutant dans un local de congélation en 2006, alors qu'il exerçait l'activité de boulanger. La SUVA, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA), auprès de qui il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, avait pris le cas en charge. Suite à l'examen de son genou gauche par le Dr D\_\_\_\_\_, ce dernier avait conclu à une dégénérescence sur déchirure partielle de la corne postérieure du ménisque interne, à une tendinopathie rotulienne, à un possible étirement du ligament croisé antérieur et à un status post-entorse du ménisque latéral interne, sans atteinte dans sa partie profonde. Le 29 mai 2007, le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil moteur, avait réalisé une arthroscopie, lui permettant de poser les diagnostics suivants : une arthrose fémoro-patellaire gauche de stade deux du plateau tibial interne, avec chondropathie de stade trois du condyle fémoral interne, et une lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne. Le 18 septembre 2007, l'assuré avait été examiné par le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de la SUVA, lequel avait retenu une atrophie musculaire de la cuisse gauche et un discret épanchement dans le genou, l'assuré se plaignant de douleurs et de difficultés à s'agenouiller, à s'accroupir et à se déplacer dans les

escaliers. L'assuré avait repris partiellement son activité à compter du 17 septembre 2007, puis à plein temps dès le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Le 11 janvier 2008, l'assuré avait été à nouveau examiné par le Dr J\_\_\_\_\_. Il s'était plaint de l'apparition de douleurs irradiant dans la fesse gauche et d'une sensation de froid au niveau du pied, en sus des éléments décrits lors de son examen du 18 septembre 2007. Le Dr J\_\_\_\_\_ avait alors constaté une bonne fonction articulaire et une articulation stable, sans signe inflammatoire. Le bilan radiologique montrait une ébauche de gonarthrose fémoro-tibiale interne, sans net pincement. En ce qui concerne la colonne lombaire et le bassin, une discrète discopathie L3-L4 et L4-L5 avec une ostéophytose marginale des plateaux D11-D12, une coxarthrose bilatérale plus marquée à gauche et une ébauche d'arthrose sacro-iliaque bilatérale étaient également retenues. Sur la base de ces constatations, le statu quo sine a été établi au 17 février 2008, entraînant la suppression des prestations de la SUVA à laquelle l'assuré a tenté de s'opposer, sans succès. Ce dernier avait également vainement entrepris les démarches auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève afin d'obtenir une rente. Lors de son appréciation du cas, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que les plaintes de l'assuré se référaient presque exclusivement à son genou gauche. Elles étaient décrites de façon très appuyée et seraient, par moments, constituées de douleurs intolérables, notamment lors de la conduite d'une voiture. Cela était médicalement inexplicable et laissait soupçonner une amplification d'origine psychogène. L'examen clinique avait été rendu très difficile en raison de la forte tension de l'assuré. En dehors d'une boiterie mixte et de signes d'instabilité orthostatique, parfois avec une connotation théâtrale, aucun déficit d'importance ne pouvait être objectivé, notamment concernant le genou gauche. Ce dernier était, comme la cheville homolatérale, faiblement hypothermique. Il n'y avait ni situation inflammatoire majeure, ni importante raideur, instabilité ligamentaire ou grosse atrophie musculaire. Les sollicitations rotuliennes étaient pratiquement muettes et les signes inflammatoires constatés (larve d'épanchement) étaient très modérés. Certains tests étaient à la limite du réalisable, comme par exemple le déplacement sur les pointes ou sur les talons, sans qu'il y ait d'explication médicale immédiate. De faibles signes cliniques en faveur d'une souffrance dégénérative coxo-fémorale étaient présents, en particulier du côté gauche. Les examens complémentaires, notamment les IRM, ne relevaient aucune lésion en rapport avec les traumatismes liés à la chute du 27 juin 2011. Les précédents examens de 2006 et 2008 mettaient en évidence une situation dégénérative indubitable, concernant le genou gauche, le bassin et la colonne lombaire. Une tendinopathie rotulienne était également déjà présente. Sur la base de ces éléments, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré qu'aucune de ses constatations, sur le plan somatique, n'avait un lien de causalité, même partiel, avec l'accident du 27 juin 2011. L'état de santé ostéo-articulaire constaté était le résultat exclusif de l'évolution d'une situation dégénérative préexistante, laquelle résultait d'accidents et d'états malades antérieurs. L'accident survenu le 27 juin 2011 avait décompensé temporairement un état antérieur, de manière non déterminante, sans causer de lésions structurelles. Le statu quo sine avait été rétabli, selon la probabilité prépondérante, bien avant l'examen de l'assuré le 22 décembre 2012. En conséquence, aucune séquelle ne résultant de l'accident du 27 juin 2011, la capacité de travail de l'assuré dans son activité de cuisinier était entièrement rétablie, sans limitation de rendement. L'état antérieur de l'assuré consistait en un état dégénératif au niveau du condyle fémoral interne et au niveau du plateau tibial interne, en une arthrose fémoro-rotulienne essentiellement interne et un état après régularisation de la lésion dégénérative méniscale postéro-interne, en une ébauche de varum du membre inférieur gauche et en une tendinopathie rotulienne. Cet état aurait évolué spontanément,

selon toute vraisemblance, à terme, vers une incapacité de travail, en dehors de toute influence traumatique en relation avec l'accident du 27 juin 2011. Le Dr F\_\_\_\_\_ a ajouté qu'en tenant compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, sans lien de causalité avec l'accident du 27 juin 2011, celui-ci était en mesure d'exercer immédiatement et sans perte de rendement toute activité n'imposant pas de longs déplacements à plat, de déplacements répétitifs dans les escaliers, particulièrement à la montée, sans transport de charges dépassant quinze kilogrammes et sans position accroupie prolongée, soit, par exemple, les activités de magasinier pour des pièces de rechange automobiles, de réceptionniste, de caissier, de surveillant ou de responsable de contrôle de qualité. Par courrier du 6 février 2012, l'assureur a, en sa qualité d'assureur perte de gain de l'assuré, interrogé le Dr F\_\_\_\_\_ sur la justification de l'incapacité de travail et sur la possibilité d'exercer une activité de professionnelle, notamment celle de cuisinier ou de boulanger. Le 13 février 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré n'était pas justifiée en relation avec l'accident du 27 juin 2011 mais l'était partiellement ou totalement dans toute activité outrepassant les limitations fonctionnelles énoncées dans son rapport d'expertise. Sur le plan purement somatique, la capacité de travail dans la profession de cuisinier, telle qu'elle était exercée lors de l'accident du 27 juin 2011, était entière. Par rapport du 22 février 2012, le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale interne et médecin-conseil de l'assureur, a retenu que l'état de santé de l'assuré était influencé par des facteurs étrangers à l'accident, que la durée de l'incapacité de travail découlant de cet accident était de trois mois au maximum, soit jusqu'au 27 septembre 2011, et que le traitement prodigué à l'assuré n'était plus, selon un degré de vraisemblance prépondérante, en rapport de causalité avec l'accident. Par décision du 14 mars 2012, l'assureur a supprimé le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents. Se basant sur les rapports des Drs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, l'assureur a considéré que le statu quo sine était atteint dès le 27 septembre 2011. Par conséquent, les troubles de santé de l'assuré ne présentaient plus de lien de causalité avec l'accident du 27 juin 2011 qui avait justifié l'ouverture du droit aux prestations. L'assureur a précisé que, dès le 28 septembre 2011, la perte de gain de l'assuré serait prise en charge sur la base du contrat perte de gain maladie conclu auprès de lui. Le 7 mai 2012, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition contre cette décision, conclu à son annulation et requis de l'assureur qu'il reconnaisse le lien de causalité entre son état de santé et l'accident du 27 juin 2011 et qu'il continue à verser les prestations auxquelles l'assurance-accidents lui donnait droit. A l'appui de son opposition, l'assuré a rappelé les diagnostics et la position du Dr B\_\_\_\_\_. Il a en outre produit deux nouveaux rapports, soit : - celui du 24 novembre 2011 établi par le Dr L\_\_\_\_\_, chef de clinique de l'unité de chirurgie de la main des HUG, lequel a indiqué que l'assuré présentait une symptomatologie de lombosciatique depuis le mois de juin 2011, se traduisant par des douleurs lombaires irradiant à la face postérieure de la cuisse jusqu'au niveau de la plante du pied avec une dysesthésie à la hauteur de la plante du pied, et qu'il souffrait d'une arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale débutante et d'une lombosciatique S1 gauche. L'accident du 27 juin 2011 avait provoqué l'exacerbation de la symptomatologie ; - celui du 5 avril 2012 établi par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a retenu que le bilan radiologique confirmait la chondropathie fémoro-patellaire. Il proposait la poursuite du traitement conservateur et ne retenait aucun élément justifiant une arthroscopie du genou gauche. Un des problèmes principaux de l'assuré était sa profession de cuisinier, incompatible avec sa chondropathie

fémoro-patellaire. Professionnellement, l'assuré devrait être dispensé du port de charge et pouvoir alterner les positions assise et debout. Par décision sur opposition du 9 juillet 2012, l'assureur a confirmé sa décision, reprenant largement les diagnostics et les appréciations des Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_. Il a maintenu sa position, considérant que la prise en charge des prestations de l'assurance-accidents devait être supprimée dès le 28 septembre 2011, à défaut de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 27 juin 2011 et l'état de santé de l'assuré. Par acte du 10 septembre 2012, le recourant interjette recours contre cette décision, persistant dans les conclusions prises dans le cadre de son opposition. En outre, il requiert la comparution personnelle des parties, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En substance, il estime que son état de santé est dû à son accident du 27 juin 2011 et conteste la valeur probante de l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, considérant que ce dernier n'a pas fait preuve de l'indépendance nécessaire, dans la mesure où son expertise a été réalisée à la demande de l'intimé. Par acte du 4 octobre 2012, l'intimé, représenté par son conseil, conclut au rejet de la demande d'expertise et du recours. Il considère que l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et qu'aucun des documents produits par le recourant ne permet de la remettre en cause ou de justifier qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. En date du 26 novembre 2012, le recourant persiste dans ses conclusions, précisant en outre plusieurs points. Il explique qu'il avait choisi le Dr F \_\_\_\_\_ comme expert en raison de la proximité du cabinet de ce dernier par rapport à son domicile. Une expertise judiciaire est justifiée dans la mesure où le Dr F \_\_\_\_\_ n'était pas totalement indépendant. Le recourant indique également qu'il a continué à travailler durant neuf jours après sa chute du 27 juin 2011, en raison de l'insistance de son employeur, étant précisé que durant cette période, il n'a effectivement travaillé que six jours. L'appréciation du Dr F \_\_\_\_\_ selon laquelle il marcherait de manière théâtrale est catégoriquement contestée et jugée déplacée. Le statut quo sine n'est ainsi pas atteint et son état de santé est toujours en relation de causalité avec l'accident du 27 juin 2011. Par acte du 31 janvier 2013, l'intimé, représenté par son conseil, persiste intégralement dans ses conclusions. Il précise avoir versé au recourant des prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 31 janvier 2012, bien que le statut quo sine ait été atteint le 27 septembre 2011, l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ ne lui ayant été transmise qu'en janvier 2012. En date du 8 avril 2013, le recourant remet à la Cour de céans un échange de correspondance entre son conseil, l'intimé en sa qualité d'assureur perte de gain et lui-même. Par courrier du 15 avril 2013, l'intimé, représenté par son conseil, persiste intégralement dans ses conclusions. Selon lui, les nouvelles pièces produites par le recourant sont étrangères à la procédure pendante devant la Cour de céans, dans la mesure où elles le concernent en sa qualité d'assureur perte de gain et non d'assureur-accidents. A la suite de quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 9 juillet 2012 et a été reçue par le conseil du recourant le lendemain, soit le 10 juillet 2012. Etant donné que le délai de recours commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 2 et 60 al. 2 LPGA) et

qu'il est suspendu du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), le recours du 10 septembre 2012, a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). En outre, l'acte de recours respecte la forme prescrite par la loi (art. 61 let. b LPGA). Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé doit verser des prestations LAA en faveur du recourant au-delà du 27 septembre 2011. En particulier, il s'agit de déterminer s'il existe un lien de causalité entre les lésions au genou gauche et l'accident survenu le 27 juin 2011. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). 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). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. arrêt U 180/93 du 18 juillet 1994 consid. 3b in RAMA 1994 no U 206 p. 328 ; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b in RAMA 1992 no U 142 p. 75 ss). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine ou ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (ATF non publié 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des

assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46). Dans ce contexte, il sied encore de relever que 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" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 ss ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss, 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. c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA). Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré dans la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463, 114 V 281 consid. 1d p. 283). En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b, p. 239; ATF 114 V 281 consid. 1c p. 283; cf. également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2009, n° 3 ad Art. 6). b) En cas de suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts G. du 20 décembre 2005, U 359/04, consid. 2 ; B. du 27 octobre 2005, U 389/04, consid. 4.1 ; B. du 30 novembre 2004, U 222/04, consid. 1.3 et les références). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de

l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) Enfin, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, la décision litigieuse repose principalement sur l'expertise du 28 janvier 2012 réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_, dont le recourant conteste l'impartialité. L'expert a posé le diagnostic principal suivant : une entorse bénigne du genou gauche survenue le 27 juin 2011. Il a en outre établi les diagnostics complémentaires suivants : un état après entorse du genou gauche à la charge du ligament latéral interne, un état après ménisectomie interne du genou gauche, une probable instabilité externe de la cheville gauche, une chondropathie rotulienne interne, une arthrose facettaire L5-S1 gauche et débutant en L4-L5, un probable début de coxarthrose gauche, une possible maladie de Haglund oligosymptomatique bilatérale, un début de déformation en griffe des orteils externes et un probable syndrome d'aggravation psychogène. Il a relevé que les douleurs causées par le genou gauche telles que décrites par le recourant ne pouvaient être expliquées médicalement. Quant à la boiterie, elle avait parfois une connotation théâtrale et ne permettait pas de constater un déficit d'importance. Les examens du recourant réalisés depuis 2006 mettaient en lumière un état dégénératif du genou, du bassin et de la colonne lombaire, sans lien avec la chute du 27 juin 2011. L'état de santé du recourant était ainsi le résultat exclusif de l'évolution de la situation dégénérative préexistante, l'accident du 27 juin 2011 ayant simplement décompensé temporairement un état antérieur sans causer de lésions structurelles. Compte tenu de ces éléments et selon la probabilité prépondérante, le statu quo sine avait été rétabli bien avant le 22 décembre 2012. L'état dégénératif dont souffrait le recourant induisait bien des limitations fonctionnelles, toutefois compatibles avec la reprise de son activité de cuisinier à plein temps et sans limitation de rendement. Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ a ajouté que, selon toute vraisemblance, l'évolution de l'état dégénératif conduirait à terme à une incapacité de travail, étant une fois encore précisé que l'accident du 27 juin 2011 n'avait et n'aurait aucune influence sur les troubles somatiques du recourant. Sur la base de cette expertise, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimé, a retenu que le statu quo sine avait été atteint dès le 27 septembre 2011, dernier jour du droit aux prestations de l'assurance-accidents selon l'intimé. Bien que le Dr K\_\_\_\_\_ n'expose pas les raisons qui l'ont conduit à retenir cette date, il ressort du dossier qu'elle correspond au jour où le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu son rapport, dans lequel il avait retenu que la capacité de travail du recourant était totale. La Cour de céans constate que l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique du recourant, sur l'étude de son dossier médical, relate ses plaintes, contient un anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ permet de comprendre les causes des douleurs et leurs conséquences à court, moyen et long terme. Les résultats des IRM figurant au dossier, de même que les constatations du Dr E\_\_\_\_\_ corroborent son appréciation de l'état de santé du recourant, lequel souffre d'états dégénératifs de la colonne lombaire, du bassin et du genou

gauche, antérieurs et sans lien avec l'accident du 27 juin 2011. Il convient d'ailleurs de relever que rien au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expertise. En effet, les différents rapports soumis à la Cour de céans, y compris ceux du Dr B \_\_\_\_\_, ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui auraient été ignorés par l'expert et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, étant précisé que, faute d'une motivation suffisante, ces rapports ne peuvent se voir reconnaître une valeur probante. Ainsi, eu égard au rapport convainquant du Dr F \_\_\_\_\_, il n'a pu être établi, au regard de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes à la santé qui affectent le recourant sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 27 juin 2011, ce d'autant moins qu'il apparaît que celui-ci a subi plusieurs lésions au genou gauche par le passé ayant conduit à l'état dégénératif dont il souffre, et que sur la base de son comportement, aux dires-mêmes du Dr E \_\_\_\_\_, chez qui il s'est rendu sur conseil de son médecin traitant, on ne peut exclure une certaine exagération des symptômes et des douleurs ressenties. Rappelons également que lors de sa chute du 27 juin 2011, le recourant n'a subi aucun impact direct sur son genou gauche. Partant, à défaut d'un lien de causalité établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles du recourant et l'événement accidentel du 27 juin 2011, celui-ci ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 27 septembre 2011. Même si l'on devait considérer que le statu quo sine a été atteint ultérieurement, faute de motivation de la part du Dr K \_\_\_\_\_, force est toutefois de constater que l'expert a retenu que ce statu avait été atteint "bien avant" l'examen clinique du 22 décembre 2011, et que le recourant a perçu les prestations de l'assurance-accidents auxquelles il prétend dans la présente procédure jusqu'au 31 janvier 2012, soit plus de quatre mois après la fin de son droit et plus d'un mois après l'examen du Dr F \_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'a plus de prétentions à faire valoir de ce chef. Dès lors que les diagnostics retenus par l'expert sont clairs, que son expertise a pleine valeur probante, que la question du lien de causalité naturelle peut être tranchée en l'état du dossier et que le recourant a fait valoir sa position quant à la décision querellée et aux rapports sur lesquels se fonde l'intimé de manière complète et détaillée, il apparaît inutile d'administrer d'autres preuves, soit en l'espèce d'ordonner une comparution personnelle des parties et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comme le sollicite le recourant. A la lumière des principes jurisprudentiels exposés précédemment, la remise en cause de l'impartialité de l'expert en raison du simple fait que l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ a été réalisée à la demande de l'intimé ne saurait conduire la Cour de céans à ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. La Cour de céans relève encore que si elle nie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'état de santé du recourant et l'accident du 27 juin 2011, elle ne remet pas en question l'existence d'une atteinte à la santé, par ailleurs confirmée par l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, notamment. Elle a uniquement considéré que les troubles dont souffrait le recourant n'étaient plus consécutifs à l'événement assuré et qu'ils relevaient d'une maladie qui n'était pas à la charge de l'intimée en sa qualité d'assureur-accidents. Il appartiendra au recourant de faire valoir ses prétentions auprès des assurances et autorités compétentes, ce qui, au vu des documents transmis à la Cour de céans par celui-ci dans le cadre de sa réplique, semble déjà être le cas. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 89H al. 1 LPA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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