

GE_GERICHTE A/2748/2015 vom 8. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2748_2015

FR: GE_GERICHTE A/2748/2015 du 8 février 2017

IT: GE_GERICHTE A/2748/2015 del 8 febbraio 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant kosovar né le _____ 1983, a été engagé le 1 er juillet 2014 en qualité de peintre à plein temps, pour un revenu mensuel de CHF 4'549.60. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) pour les accidents professionnels.![endif]>![if> 2. Le 25 septembre 2014, l'assuré a chuté d'une échelle alors qu'il procédait à des travaux de peinture. À compter de cette date, l'intéressé a été en arrêt de travail, certifié par différents médecins.![endif]>![if> 3. Le 27 septembre 2014, l'employeur de l'intéressé a adressé à la SUVA une déclaration de sinistre portant sur l'événement précité.![endif]>![if> 4. Le cas a été pris en charge par la SUVA dès le 28 septembre 2014, sous la forme d'une indemnité journalière par jour calendaire et d'une prise en charge des frais médicaux.![endif]>![if> 5. Une échographie du genou gauche réalisée le 21 octobre 2014 par le docteur B_____, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence une tuméfaction des parties molles pré-rotuliennes et une altération de la structure longitudinale centrale dans le tendon rotulien du genou gauche réalisant un foyer de tendinose étendu longitudinal central et pouvant être séquellaire d'un hématome.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 10 novembre 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics de contusion du genou gauche, de contusion occipitale et de contusion du poignet droit. L'intéressé présentait une persistance des douleurs au genou gauche, des céphalées occipitales irradiant antérieurement et une limitation dans la flexion du poignet droit. Le pronostic était réservé, étant précisé que la reprise du travail dépendrait de l'évolution de l'état de santé.![endif]>![if> 7. Un scanner cérébral réalisé le 12 novembre 2014 par la doctoresse D_____, spécialiste FMH en radiologie, n'a permis de déceler aucune lésion hémorragique intra ou extra axiale.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 14 novembre 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de contusions du poignet droit, du genou gauche, de la colonne lombaire et de la colonne cervicale. L'assuré était tombé d'un échafaudage le 25 septembre 2014 et s'était cogné le poignet droit. Il présentait des douleurs au poignet droit, au bas du dos, au genou gauche, à la tête (vertige) et à la colonne lombaire, ainsi qu'une raideur et une mobilité limitée du poignet droit. L'incapacité de travail était de 100% du 25 septembre 2014 au 19 octobre 2014. Une reprise du travail était possible à compter du 20 octobre 2014.![endif]>![if> Les rapports d'interprétation du radiologue datés du 27 septembre 2014, mis à sa disposition, mettaient en évidence un genu varum gauche et une discrète scoliose lombaire sinistro-convexe en rapport probable avec une légère bascule du

bassin sur un raccourcissement du membre inférieur droit et un renversement antérieur du torse. L'assuré ne présentait aucune fracture, ni aucune lésion ligamentaire ou tendineuse décelable. 9. Dans un rapport du 4 décembre 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré était toujours justifiée au vu des éléments connus. En l'absence de lésion structurelle, on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité après la prochaine consultation. Le pronostic était favorable. À long terme, l'activité habituelle pourrait être reprise à 100%. Enfin, l'assuré présentait des antécédents de fracture du scaphoïde sur le poignet droit en 2010. 10. Dans un rapport du 17 décembre 2014, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'examen clinique neurologique et l'électroencéphalogramme de l'assuré étaient parfaitement normaux. Les céphalées s'inscrivaient dans le cadre d'une très probable céphalée post-traumatique, dans la mesure où anamnestiquement, l'intéressé n'était pas sujet aux céphalées auparavant. Vu la date récente de la chute, ses plaintes relevaient probablement d'un syndrome post-commotionnel (vertiges, céphalées). Ses troubles du sommeil se greffaient sur ce syndrome. Le traumatisme dont il avait souffert pouvait être considéré comme étant de gravité moyenne. Avec une évolution clinique ordinaire, on devait s'attendre à une diminution et une disparition des symptômes dans les trois mois qui suivaient l'incident, même si des symptômes résiduels pouvaient persister plus longtemps et parfois pendant des années. Il n'était pas exclu que des facteurs psychosociaux jouent un rôle dans l'évolution des plaintes de l'assuré. 11. Le 5 janvier 2015, l'assuré a informé la SUVA qu'une IRM de son genou gauche venait d'être réalisée, qu'il était toujours en arrêt de travail et qu'il avait rendez-vous avec le Dr C_____ le 15 janvier 2015. 12. Le même jour, le Dr F_____ a recommandé de réévaluer la situation une fois les résultats de l'IRM connus. 13. Dans un rapport du 3 février 2015, le docteur H_____ a posé le diagnostic de status quatre mois après contusion du genou gauche, avec inflammation résiduelle du tendon rotulien. Depuis son accident et le choc direct reçu sur son genou gauche, l'assuré présentait une symptomatologie douloureuse audit genou, ayant évolué vers la chronicité. Aucun lâchage ou blocage n'était constaté. La prise en charge physiothérapeutique n'avait permis qu'une amélioration partielle des douleurs. Le genou gauche ne présentait aucune lésion ostéo-articulaire objectivable. L'échographie du 21 octobre 2014 mettait en évidence une tendinose du tendon rotulien. Une IRM réalisée par le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, le 5 janvier 2015 avait confirmé une tendinite et une insertionite proximale du tendon rotulien, mais exclu une pathologie ostéochondrale intra-articulaire et une déchirure méniscale interne ou externe. Compte tenu de ces éléments, le Dr H_____ avait proposé à l'intéressé neuf séances complémentaires de physiothérapie et lui avait signalé qu'une reprise du travail devait être possible dans un délai de trois semaines. Si cela ne devait pas être le cas, il laissait le soin au docteur C_____ d'adresser l'assuré au médecin-conseil de la SUVA. 14. Dans un rapport intermédiaire du 6 février 2015, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de contusion du genou gauche. L'évolution était lentement favorable. Une convocation par le médecin d'arrondissement de la SUVA était recommandée si l'intéressé n'avait pas repris le travail. 15. Le 2 mars 2015, l'assuré a été examiné par le Dr F_____. Dans son rapport du 5 mars 2015, ce dernier a posé le diagnostic de tendinite rebelle du genou gauche. Après avoir rappelé le motif de l'examen et l'évolution de l'état de santé, fait état des déclarations de l'assuré et exposé ses constatations cliniques, le Dr F_____ a procédé à

l'appréciation du cas. Quatre mois après avoir heurté un mur avec son genou gauche, l'assuré déclarait une douleur sous et péri-rotulienne importante qui le gênait à la marche. L'IRM du 5 janvier 2015 mettait en évidence une tendinite d'insertion, sans épanchement intra-articulaire. Des séances de physiothérapie avaient été prescrites par le Dr H_____ et avaient apporté une aide satisfaisante. Une infiltration était prévue le 16 mars 2015, de sorte qu'il convenait d'attendre de voir son effet avant d'envisager une reprise du travail. Il était indiqué à l'assuré qu'une telle reprise pouvait être attendue une dizaine de jours après l'infiltration.![endif]>![if> 16. Le 20 avril 2015, l'assuré a informé la SUVA qu'il était toujours en arrêt de travail à 100%. L'infiltration lui avait été bénéfique pendant une semaine. Depuis, son genou avait encore enflé et les douleurs augmenté. Le Dr C_____ l'avait adressé à un confrère.![endif]>![if> 17. Le même jour, la SUVA a informé l'assuré que l'évolution de son cas l'avait contrainte à examiner le problème de sa responsabilité. Par conséquent, elle formulait des réserves totales concernant les troubles du genou gauche et des bras. Des investigations étaient en cours afin de déterminer si le cas devait encore être pris en charge.![endif]>![if> 18. Dans un rapport intermédiaire du 7 mai 2015, le Dr C_____ a diagnostiqué une contusion du genou gauche. L'évolution était lentement favorable et le pronostic favorable. L'incapacité de travail était toujours de 100%, la reprise du travail dépendant de l'évolution.![endif]>![if> 19. Le 11 mai 2015, le Dr F_____ a considéré qu'à la lumière des éléments médicaux disponibles et compte tenu de l'examen clinique conduit par ses soins, on pouvait s'attendre à une reprise du travail à 100% dès ce jour.![endif]>![if> 20. Par décision du 12 mai 2015, la SUVA a estimé que la capacité de travail de l'assuré était retrouvée à compter du 18 mai 2015, de sorte que les indemnités journalières seraient versées jusqu'au 17 mai 2015.![endif]>![if> 21. Le 1^{er} juin 2015, l'assuré a formé opposition contre cette décision et conclu au maintien de ses indemnités journalières. Son état était toujours le même et il était incapable de reprendre le travail. Contrairement au Dr F_____ qui l'avait jugé capable de travailler « après cinq minutes d'auscultation », ses médecins n'avaient constaté aucune amélioration de son état de santé. Il joignait à son envoi des photos de son genou gonflé, prises après une marche de moins d'une heure.![endif]>![if> 22. Dans une appréciation médicale du 29 juin 2015, le Dr F_____ a rappelé le diagnostic retenu par le Dr H_____ après le bilan complet réalisé par IRM et les consultations spécialisées, soit une tendinite d'insertion au niveau du tendon rotulien, sans déchirure. Ce médecin avait également envisagé une reprise de l'activité professionnelle dès le 24 février 2015. L'IRM n'avait pas mis en évidence de signe de contusion osseuse en faveur d'une contusion appuyée récente. Cinq mois après l'événement, il était tout à fait logique de s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.![endif]>![if> 23. Par décision sur opposition du 16 juillet 2015, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré tout effet suspensif à un éventuel recours. Elle se fondait sur les appréciations du Dr F_____, ainsi que sur le pronostic favorable émis par le Dr H_____ le 16 février 2015. Le fait que le médecin traitant continue à prescrire une incapacité de travail à 100% sans fournir aucun élément y relatif ne permettait pas de remettre en cause l'avis du Dr F_____.![endif]>![if> 24. Par acte du 14 août 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre de céans, concluant à son annulation et au maintien de son droit aux prestations. Il n'avait pas recouvré les aptitudes requises par son activité habituelle de peintre. Son genou était encore gonflé comme le démontraient les photos jointes à ses écritures. Après un effort minime, sa jambe se bloquait, ce que l'intimée ignorait en lui demandant de reprendre son activité. Dans la mesure où il était encore salarié auprès de son employeur, il ne pouvait pas se permettre de

changer d'emploi. L'intimée ne lui avait pas proposé un autre poste. En tous les cas, le marché de l'emploi lui était fermé en raison de son niveau scolaire et en français. Il avait respecté son obligation d'atténuer les conséquences de son accident en consultant des médecins. Le 24 juillet 2015, le docteur J _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, avait relevé que son bilan isocinétique montrait une très mauvaise reproductibilité de la cinétique, tant au niveau des extenseurs que des fléchisseurs, pour lequel il n'avait pas d'explication. Selon ce médecin, il était un excellent candidat pour un séjour à la clinique de réadaptation de l'intimée, pour un suivi de plusieurs semaines, afin de mieux comprendre le problème. De plus, le 10 août 2015, le Dr C _____ avait attesté une fois encore de son incapacité totale de travailler. Le Dr F _____ ne l'avait examiné que quelques minutes de sorte que son avis ne pouvait pas prévaloir sur ceux des médecins qu'il avait consultés. Son activité de peintre l'amenait à devoir s'agenouiller fréquemment. Enfin, le Dr H _____ avait estimé que la reprise du travail était envisageable et non certaine. Ce médecin n'était pas son médecin traitant, de sorte que ses conclusions étaient objectives.!

25. Dans sa réponse du 14 septembre 2015, l'intimée a rappelé que sa décision était fondée sur l'appréciation du Dr F _____. Ce dernier s'était déjà prononcé les 5 mars et 11 mai 2015. Dans un rapport complémentaire du 4 septembre 2015, il confirmait le diagnostic de tendinite du tendon rotulien et l'exigibilité de la reprise du travail. La symptomatologie relevée par le Dr J _____ ne s'expliquait pas avec le traumatisme initial et le diagnostic posé par tous les médecins consultés. L'activité habituelle pouvait être reprise en portant des genouillères rembourrées de protection, ce qui était courant dans cette profession, pour la part de l'activité réalisée en position agenouillée. Pour mémoire, lors de l'examen clinique réalisé par ses soins, le recourant avait indiqué que le temps passé en position agenouillée était faible et qu'il travaillait essentiellement debout, position qui n'était pas limitée par la tendinite, car les tensions mécaniques sur l'insertion distale du tendon rotulien étaient moindres. Les plaintes diffuses du recourant rendaient l'examen du genou difficile et ne pouvaient pas s'expliquer par une simple inflammation tendineuse. L'appréciation du Dr F _____ était confirmée par le Dr H _____ sur les plans du diagnostic, du pronostic et de la reprise du travail dès le mois de février 2015.!

Quant aux autres pièces du dossier, elles ne permettaient pas de remettre en cause la valeur probante de l'appréciation du Dr F _____. Le certificat établi par le Dr C _____ le 10 août 2015 n'énumérait aucun diagnostic et n'était pas motivé. Le rapport du 24 juillet 2015 du Dr J _____ reprenait également le diagnostic résultant de l'IRM du 5 janvier 2015. Il se référait à l'incapacité de travail retenue par le Dr C _____, sans la rattacher formellement à l'accident, et n'apportait pas d'explication pour comprendre les limitations du recourant, de sorte qu'il n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation du Dr F _____. Il convenait encore de rappeler que le genou du recourant avait fait l'objet d'un examen complet, tant clinique que radiologique. Le seul diagnostic retenu, de façon unanime par les médecins ayant examiné le recourant, était celui de tendinite rotulienne. Par conséquent, un examen supplémentaire auprès de la clinique de réadaptation était inutile.

26. Dans ses observations du 30 octobre 2015, le recourant a, par l'intermédiaire de l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), persisté dans ses conclusions. Il souffrait de douleurs persistantes au genou et était toujours en incapacité de travail. À l'appui de ses écritures, le recourant a produit un rapport du 30 septembre 2015 et un certificat du 21 octobre 2015 du docteur K _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que les résultats d'une échographie du genou gauche réalisée le 2 octobre

2015 par le Dr B_____.! [endif]> [if> Dans le premier document, le Dr K_____ a relevé que le recourant présentait une symptomatologie correspondant à celle d'une bursite prépatellaire du genou gauche, survenue visiblement à la suite de l'accident du 25 septembre 2014. À l'examen clinique était retrouvé un épaississement prépatellaire qui n'existait pas du côté controlatéral. L'intéressé se tenait en station debout avec un petit flexum de dix degrés qui correspondait à la position neutre asymptomatique. Ce petit déficit d'extension était retrouvé à la marche. Ceci expliquait l'amyotrophie de deux centimètres du tour de cuisse à gauche. L'échographie du 2 décembre 2014 et l'IRM du 5 janvier 2015 décrivaient bien, outre une lésion du tendon rotulien, un infiltrat des tissus mous environnants qui pouvait très bien correspondre à un infiltrat inflammatoire pariétal de la bourse. Les photos prises par le recourant correspondaient à l'observation actuelle du genou gauche et montraient clairement l'épaississement. S'agissant de l'échographie du 2 octobre 2015, elle révélait la présence d'un tout petit épanchement intra-articulaire, s'accompagnant d'un épaississement synovial et d'une petite synéchie supra-rotulienne dans le récessus supra-rotulien. Une tendinopathie rotulienne proximale de type « jumper's knee » était présente, mais vraisemblablement post-traumatique, en raison de la tuméfaction et de l'adhérence du plan des bourses pré-rotulien en regard. La tendinose rotulienne restait globale, homogène, sans nécrose et soulignée par une néo-vascularisation modérée. La corticale rotulienne était parfaitement régulière et il n'y avait pas d'enthésopathie chronique, contrairement aux lésions d'un « jumper's knee » classique. Dans le certificat du 21 octobre 2015, le Dr K_____ a indiqué que les consultations cliniques effectuées par ses soins et l'échographie du 2 octobre 2015 confirmaient la pathologie du genou gauche apparue suite à l'accident. La causalité lui paraissait claire. 27. Dans ses observations du 21 janvier 2016, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle se fondait sur l'appréciation orthopédique du même jour de son médecin-conseil, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin confirmait la tendinopathie rotulienne diagnostiquée et le fait qu'elle n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 25 septembre 2014. De plus, cette atteinte ne permettait pas d'expliquer les troubles fonctionnels et douloureux présentés par l'intéressé. Un statu quo sine pouvait être fixé au 18 mai 2015. Cette appréciation devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. [endif]> [if> Dans le document précité, le Dr L_____ a rappelé le contexte de son intervention, résumé les antécédents du recourant sur la base du dossier qui lui avait été communiqué et discuté le cas avant de livrer ses conclusions. Si l'IRM de janvier 2015 mettait en évidence un certain épaississement de la couche cutané-sous-cutanée prétendineuse, il n'y avait en revanche pas de cavité kystique, respectivement aucun argument pour une bursite prépatellaire ou sous-patellaire avérée. Ledit épaississement évoquait plutôt un épaississement chronique des téguments à ce niveau, tel qu'on le retrouvait préférentiellement chez les personnes adoptant une position agenouillée fréquente. Cet épaississement adaptatif ne correspondait pas à une trouvaille pathologique et était à distinguer naturellement des bursites suscitées, lesquelles pouvaient survenir chez des travailleurs agenouillés fréquemment comme les carreleurs, mais également à la suite d'un traumatisme. Chez le recourant, il n'existait pas d'argument pour considérer une bursite dans les suites du traumatisme, en raison de l'absence de fluctuation cliniquement référée, du fait que la clinique d'une bursite post-traumatique était criante et typique et parce que l'échographie réalisée un mois après l'accident ne montrait pas d'argument pour un épanchement, même résiduel, devant faire évoquer une bursite au décours. Sur la base des informations à disposition, le Dr L_____ ne pouvait pas définir

exactement la nature, respectivement l'étiologie de l'épaississement précité. Mais dans le même temps, ces informations étaient suffisantes pour retenir l'absence d'un problème spécifique digne de préoccupation en rapport avec cette constatation clinique, qui n'apparaissait certainement pas pouvoir expliquer de manière convaincante les douleurs du recourant. La tendinite proximale du tendon rotulien diagnostiquée n'était pas rare et était typique du jeune patient sportif. Ce type d'atteinte pouvait provoquer des douleurs mécaniques, mais également être asymptomatique et découverte fortuitement. Suite à une chute sur un terrain plan, le Dr L_____ ne pouvait retenir de manière probante la possibilité d'une contusion tendineuse, même sans rupture des fibres, en l'absence d'une bursite concomitante. En effet, sur terrain plan, les parties prioritairement en contact étaient la rotule, la tubérosité tibiale antérieure et les parties molles antérieures qui d'une certaine manière préservaient le tendon d'un traumatisme direct. Chez le recourant, s'il y avait eu une contusion antérieure du genou gauche, l'aspect des altérations constatées sur les examens d'imagerie n'apparaissait pas clairement différenciable de l'aspect retrouvé dans un cadre classique de tendinopathie d'origine malade. L'argument du Dr B_____ selon lequel l'absence de signe d'entéropathie au niveau rotulien parlait contre un « jumper's knee » ne paraissait pas déterminant, dans le sens où s'il était vrai que l'on retrouvait en association avec les tendinopathies des enthésopathies au niveau osseux, celles-ci signaient une évolution prolongée de la pathologie. Chez le recourant, toutes les évaluations spécialisées avaient conclu au diagnostic de tendinite rotulienne, que d'aucuns avaient qualifiée de post-traumatique et qu'il fallait définir de tendinopathie dans les suites d'une contusion antérieure du genou gauche. Il convenait de relever que le cadre pathologique mis en évidence était plutôt stable au cours du temps. Si l'évolution primaire était assez classique d'un décours post-traumatique, l'évolution dans la suite de l'examen des Drs H_____ et F_____, correspondant à une aggravation progressive de la gêne fonctionnelle, était en revanche totalement atypique d'un décours post-traumatique, en particulier en l'absence de lésions structurelles clairement imputables à l'accident du 25 septembre 2014, selon les critères de la vraisemblance prépondérante. Il convenait de relever l'apparition secondaire et tardive d'attitudes de marche pathologiques mais changeantes, alors que le cadre pathologique était resté sans gros changement à l'imagerie. Il n'avait jamais été mis en évidence de déficit majeur de la mobilité. D'autre part, les douleurs avaient commencé à prendre un caractère diffus et étaient devenues résistantes aux mesures physiothérapeutiques. Surtout, la gêne fonctionnelle alléguée était sans commune mesure avec le diagnostic posé de tendinopathie, même en considérant les troubles majeurs qui pouvaient être liés à cette pathologie. Non seulement le cadre de tendinopathie n'était pas en mesure d'expliquer les déficits fonctionnels allégués plus que constatés, mais, plus d'une année après l'accident, le lien de causalité naturelle probable ne pouvait être établi entre cette tendinite et l'événement du 25 septembre 2014. Il pouvait tout au plus être admis une décompensation d'un état préexistant à la suite de la contusion, soit comme le retenait le Dr H_____, une inflammation résiduelle après trauma. En tout état de cause, dans les suites d'un traumatisme contusif, on s'attendait à une résolution des troubles en quelques semaines, voire quelques mois. Au moment où le Dr F_____ avait estimé une reprise du travail possible sans limitation, on pouvait également définir un statu quo sine pour les suites de l'accident. Considérant l'activité habituelle et le fait qu'en position debout le tendon rotulien n'était pas mis sous tension, envisager une reprise du travail à près de huit mois d'un traumatisme contusif du genou gauche était tout simplement dans l'ordre des choses. 28. Le 4 mars 2016, le recourant a requis que le Dr K_____ soit entendu par la

chambre de céans au sujet de l'appréciation du Dr L_____.! [endif]> [if> 29. Le 6 avril 2016, les parties ont été entendues par la chambre de céans dans le cadre d'une comparution personnelle des parties. Le recourant a persisté dans sa demande relative à l'audition du Dr K_____. Actuellement, il n'était plus suivi par un médecin et n'avait toujours pas repris le travail. Il était encore salarié, mais n'était plus payé. Suite à sa chute, les médecins avaient diagnostiqué une tendinopathie rotulienne. En revanche, le Dr K_____ avait diagnostiqué une bursite prépatellaire et le Dr B_____ avait relevé une tuméfaction des parties molles et conclu à une tendinopathie d'origine accidentelle. Quant au Dr L_____, il n'expliquait pas l'épaississement sous-cutané. Il travaillait debout mais également à genoux. Il devait monter des échelles et était incapable de rester une heure debout. Un de ses genoux était toujours gonflé. Il n'avait plus de certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail. Il prenait des antidouleurs et n'avait jamais eu de problème au genou avant son accident. Pour sa part, l'intimée a relevé que la tendinopathie était reconnue par les médecins, lesquels le considéraient apte au travail depuis 2015. Même si le recourant présentait une bursite, que seul le Dr K_____ retenait, il n'y avait toutefois pas d'explication relative à l'empêchement de reprendre le travail.! [endif]> [if> 30. Par courrier du 11 avril 2016, le Dr K_____ a informé la chambre de céans qu'il ne pouvait en aucune façon confirmer le lien de causalité entre le traumatisme évoqué et la lésion de son genou, comme il l'avait dit au recourant, dans la mesure où il l'avait vu pour la première fois plus d'un an après son accident et où il n'était en possession d'aucun document. Une pathologie préexistante ne pouvait être exclue, même asymptomatique.! [endif]> [if> 31. Le 26 avril 2016, le Dr B_____ a indiqué à la chambre de céans qu'il s'en tenait aux résultats des échographies pratiquées par ses soins le 21 octobre 2014 et le 2 octobre 2015. Pour le surplus, il confirmait que les constatations faites lors de ces deux examens étaient très différentes, sans qu'il puisse expliquer la cause de cette évolution, de nombreux éléments dans l'anamnèse du recourant lui manquant. Ce qu'il pouvait dire, c'était que la première lésion était assez inhabituelle, alors que l'état en 2015 pouvait effectivement évoquer une tendinopathie rotulienne de surcharge classique. L'aspect du tendon rotulien observé en 2015, si le traumatisme n'était pas retenu comme cause en tout cas partielle, serait la conséquence d'une importante surcharge sportive telle que l'on pouvait la rencontrer chez un joueur presque professionnel ou un joueur de tennis très actif. La tendinopathie étant relativement prononcée, elle ne pouvait se développer et atteindre un tel résultat chez une personne sédentaire.! [endif]> [if> 32. Le 20 juin 2016, l'intimée a fait parvenir à la chambre de céans l'appréciation orthopédique du même jour établie par le Dr L_____ et faisant suite aux derniers rapports des Drs K_____ et B_____. S'agissant des indications fournies par le Dr K_____, elles n'apportaient aucun élément contradictoire avec sa précédente appréciation. Quant aux conclusions du Dr B_____, elles confortaient ses propres conclusions et celles du Dr F_____. Compte tenu de ces éléments, le Dr L_____ a maintenu ses précédentes conclusions.! [endif]> [if> 33. Dans ses observations du 22 juillet 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. À l'appui de son écriture, il a produit un rapport du 23 juin 2016 établi par le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier considérait que sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle, en raison d'un « jumper's knee » et d'une bursite. Cette incapacité de travail était en lien avec l'accident du 25 septembre 2014, en raison d'un défaut d'extension du genou gauche. Le traitement indiqué consistait en une physiothérapie intensifiée.! [endif]> [if> 34. Le 26 juillet 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.! [endif]> [if>

35. Le 9 septembre 2016, le recourant a, par l'intermédiaire d'un nouveau conseil, requis l'audition du Dr M_____ et demandé à consulter le dossier.![endif]>![if> 36. Par courrier du 14 septembre 2016, la chambre de céans a rappelé au recourant que la cause avait été gardée à juger. Elle a toutefois mis le dossier à sa disposition pour consultation.![endif]>![if> 37. Le 31 janvier 2017, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport du 26 janvier 2017 établi par le Dr M_____. Il considérait ce document comme un fait nouveau essentiel au jugement de la cause. De plus, il persistait dans sa demande d'audition du Dr M_____.![endif]>![if> Dans le rapport précité, ce médecin regrettait que l'intimée ait maintenu sa position. Le recourant avait dû subir des injections très spécifiques dans son tendon rotulien gauche, en raison de son accident. Cela constituait une suite de traitement liée à l'accident, sans aucun doute. Actuellement, sans physiothérapie, la situation se dégradait et allait continuer à s'aggraver. Une prise en charge du cas de l'intimée était par conséquent nécessaire. 38. Copie de ce document a été communiqué à l'intimée, pour information.![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) 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).![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 délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 17 mai 2015, en particulier sur la question de savoir si les troubles du recourant ont un lien de causalité avec l'accident du 25 septembre 2014.![endif]>![if> 5. 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).![endif]>![if> 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). 6. 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.![endif]>![if> 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. 7. 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).![endif]>![if> En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être de plus en plus attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et avec références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002 et références). Des plaintes consécutives à une simple contusion durant longtemps doivent en effet souvent être attribuées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations (Fehlentwicklung) (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04

du 11 avril 2005, consid. 2.2, voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002). 8. 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). 9. 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). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative

s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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). 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/cc). 10. a. 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. 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). c. 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). 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). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). 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, l'intimée a mis un terme au versement des prestations avec effet au 17 mai 2015. Elle s'est fondée sur les appréciations orthopédiques du Dr F_____, dans un premier temps, puis du Dr L_____.!

Pour sa part, le recourant conteste la position de l'intimée et considère qu'il est totalement incapable de travailler en raison de l'accident du 25 septembre 2014, de sorte que l'intimée devrait continuer à lui servir des prestations. Ce faisant, il remet en questions les appréciations des Drs F_____ et L_____, leur préférant celles des Drs C_____, B_____, K_____ et M_____. b. La chambre de céans relève à titre liminaire qu'elle dispose d'un dossier contenant tous les éléments nécessaires pour trancher le litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner d'actes d'instruction complémentaires, et ce malgré la réquisition de preuve relative à l'audition du Dr M_____ présentée par le recourant dans ses observations du 22 juillet 2016. Compte tenu de son objet, le recours doit être tranché principalement à la lumière des documents médicaux figurant au dossier et de critères jurisprudentiels. Or, les conclusions du Dr M_____ figurent dans ses rapports des 23 juin 2016 et 26 janvier 2017 versés au dossier, de sorte qu'elles sont connues de la chambre de céans et que l'audition de ce médecin n'apparaît pas nécessaire. Cela est d'autant plus vrai que la chambre de céans dispose de nombreux rapports établis par plusieurs médecins et que les conclusions du Dr M_____ n'apportent aucun élément objectif qui ne figurerait pas déjà dans ces rapports. c. S'agissant des appréciations orthopédiques des 21 janvier et 20 juin 2016 du Dr L_____, il apparaît que ces documents sont complémentaires et qu'ils sont fondés sur une étude approfondie du dossier. Le Dr L_____ a rappelé le contexte dans lequel son intervention a été requise, exposé l'anamnèse du recourant et résumé la documentation médicale mise à sa disposition, avant de se livrer à l'analyse du cas et de conclure. Il a pris en compte à la fois les plaintes du recourant, mais également les rapports des autres médecins ayant eu à connaître de l'état de santé du recourant depuis le 25 septembre 2014. Les conclusions du Dr L_____ sont claires, convaincantes et motivées à satisfaction de droit, de sorte qu'elles permettent de comprendre la nature des atteintes somatiques présentées par le recourant et le retour à un statu quo sine , ses troubles ne pouvant pas être expliqués par l'accident du 25 septembre 2014, le diagnostic de tendinopathie rotulienne ou encore les documents d'imagerie figurant au dossier. Compte tenu de ces éléments, les appréciations du Dr L_____ doivent se voir

reconnaître une pleine valeur probante. Afin d'être exhaustif, il convient de relever que l'étude du cas par le Dr L_____ repose exclusivement sur le dossier lui ayant été communiqué et qu'il n'a pas examiné personnellement le recourant. Toutefois, eu égard à la jurisprudence en la matière, cela n'a aucune conséquence sur la valeur probante de ses appréciations, dans la mesure où il s'est fondé sur les rapports de plusieurs médecins ayant procédé à l'examen clinique de l'intéressé. En outre, il convient de relever que les conclusions du Dr L_____ sont confortées totalement ou en partie par celles des Drs F_____, H_____, K_____ et B_____. Certes, le recourant les conteste. Cela étant, l'intéressé se contente de substituer sa propre appréciation et celles de ses médecins traitants, en particulier les Drs C_____ et M_____ à celles du Dr L_____. Or, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Quant à l'argument du recourant selon lequel le Dr L_____ n'est pas en mesure de déterminer la raison de l'inflammation des parties molles de son genou gauche, il doit être écarté. En effet, si le Dr L_____ indique effectivement qu'il ne peut pas définir exactement la nature, respectivement l'étiologie de l'épaississement de la couche cutané-sous-cutanée prétendineuse, il relève également que les informations en sa possession sont suffisantes pour pouvoir retenir l'absence d'un problème spécifique digne de préoccupation en rapport avec cette constatation clinique, qui ne peut clairement pas expliquer de manière convaincante les douleurs du recourant. Par ailleurs, le Dr B_____ s'est également étonné de l'épaississement et de l'évolution atypique du genou du recourant, qu'il attribue à une importante surcharge sportive, pour autant que le traumatisme du 25 septembre 2014 ne soit pas considéré comme la cause à tout le moins partielle de l'épaississement, ce qui est le cas en l'espèce. d. En ce qui concerne les rapports du Dr C_____, ils ne sont pas suffisamment motivés pour se voir reconnaître une valeur probante. En tout état de cause, ils ont été pris en considération par le Dr L_____ et n'apportent donc aucun élément objectif qui aurait été ignoré par ce dernier. Quant aux rapports du Dr M_____, ils sont également entachés d'un défaut de motivation, dans la mesure où ce médecin retient une incapacité totale de travail et une atteinte à la santé en lien de causalité avec l'accident, sans apporter aucune justification. En tout état de cause, les diagnostics retenus sont les mêmes que ceux posés par les Drs K_____ et B_____, dont les conclusions ont été largement discutées par le Dr L_____. De surcroît et contrairement à ce que laissent entendre le Dr M_____ et le recourant, le fait que ce dernier souffre d'une atteinte au genou gauche n'est contesté par aucun médecin, ni par l'intimée. Ce que cette dernière soutient en revanche, s'appuyant sur les conclusions du Dr L_____, c'est que le statu quo sine a été atteint le 17 mai 2015 et que cette atteinte n'a donc plus de lien de causalité avec l'événement assuré, l'évolution du cas n'étant pas compatible avec la contusion du genou gauche diagnostiquée par les Drs C_____ et E_____ suite à l'accident. Si les rapports des Drs K_____ et B_____ ont apporté des éléments objectifs ignorés par le Dr F_____, les appréciations du Dr L_____ les ont pris en considération. En outre, si de prime abord, ces médecins semblaient en désaccord, il se trouve qu'à la lecture des courriers des 11 et 26 avril 2016 émis respectivement par les Drs K_____ et B_____, il apparaît qu'en réalité, leurs conclusions confortent celles du Dr L_____.

Enfin, s'agissant du Dr F_____, ses conclusions, certes brièvement motivées, ont été validées par le Dr L_____ dans le cadre de son appréciation du 21 janvier 2016. e. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations avec effet au 17 mai 2015, l'assuré ayant retrouvé un statu quo sine à compter de cette date. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. } 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.