

GE_GERICHTE A/2884/2013 vom 11. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2884_2013

FR: GE_GERICHTE A/2884/2013 du 11 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/2884/2013 del 11 giugno 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.06.2014
A/2884/2013

A/2884/2013 ATAS/705/2014 du 11.06.2014 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2884/2013
ATAS/705/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 11 juin
2014 4ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO recourant contre SUVA,
CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise
Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Olivier DERIVAZ intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le
recourant), né le _____ 1953, titulaire d'un certificat fédéral de monteur-électricien,
travaillait comme employé de bureau auprès de l'entreprise B_____ SA (ci-après
l'employeur) depuis le 1^{er} décembre 2009. À ce titre, il était assuré contre les accidents
professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse en cas
d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 25 octobre 2012,
l'employeur a annoncé un accident survenu le 19 octobre 2012. En installant un câble
électrique afin d'alimenter une tente de cuisine pour l'organisation d'une course de côte,
l'assuré s'était pris le pied dans un trou et était « tombé sur les genoux de travers », de sorte
qu'il avait ressenti une forte douleur. La partie du corps atteinte était le genou gauche et le
type de lésion, une déchirure. L'assuré avait cessé de travailler le 24 octobre
2012.! [endif]>! [if> 3. Le 2 novembre 2012, la SUVA a informé l'employeur qu'elle
prenait en charge les suites de l'accident professionnel du 19 octobre 2012. Elle a mis
l'assuré au bénéfice des indemnités journalières de l'assurance-accident dès le 24 octobre
2012.! [endif]>! [if> 4. Par rapport du 9 novembre 2012, le docteur C_____, médecin
auprès de l'Hôpital de la Tour, a indiqué avoir dispensé les premiers soins à l'assuré le 24
octobre 2012. Il a posé le diagnostic d'entorse du genou gauche. Il avait constaté une
tuméfaction, une douleur à la palpation du ligament latéral interne, un épanchement
important, et sur le plan radiologique, une arthrose importante. Il n'y avait en revanche pas
d'instabilité ni de fracture visible. Le processus de guérison pouvait être influencé de
manière défavorable par un status post entorse du genou gauche intervenue trois ans
auparavant, et ses constatations concordaient avec l'événement déclaré par l'assuré. Il
préconisait un traitement antalgique et du repos. L'incapacité de travail était totale du 24
octobre au 2 novembre 2011.! [endif]>! [if> 5. Par certificats médicaux des 24, 31
octobre et 15 novembre 2012, les Drs C_____ et D_____, médecin interne à l'Hôpital de
la Tour, ont confirmé la persistance d'une incapacité de travail totale jusqu'au 6 décembre
2012.! [endif]>! [if> 6. Dans un rapport intermédiaire du 30 novembre 2012, la Dresse
D_____ a diagnostiqué une entorse du ligament latéral interne. Elle a indiqué que la
douleur persistait principalement « à la charge », que son pronostic était moyen et que

l'obésité pouvait influencer négativement le processus de guérison de l'assuré. Ce dernier était suivi à raison d'un entretien toutes les trois semaines et bénéficiait d'un traitement antalgique et physiothérapeutique. Elle ignorait quand il pourrait reprendre le travail et préconisait une intervention auprès de l'employeur pour l'attribution d'un travail approprié. Un trouble dégénératif demeurerait probablement chez l'assuré, compte tenu de son obésité et de son âge. [endif]>[if> 7. L'assuré a repris le travail à 50% le 15 janvier 2013 et à 100% dès le 1^{er} février 2013.[endif]>[if> 8. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après une IRM) du genou gauche de l'assuré a été réalisée le 18 janvier 2013 à l'Hôpital de la Tour. Selon le rapport de la Dresse E_____, spécialiste FMH en radiologie, cet examen a mis en évidence un œdème fémoro-tibial interne prédominant au niveau du condyle fémoral interne, centré par des zones de micro impactions sous-chondrales, posant en premier le diagnostic différentiel de fracture sous-chondrale au vu du traumatisme [...], une importante chondropathie fémoro-patellaire avec anomalie ostéochondrale de la rotule, une chondropathie plus modérée du condyle fémoral interne, une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, une irrégularité de la surface méniscale supérieure et postérieure, un œdème pré-rotulien et un petit épanchement intra-articulaire.[endif]>[if> 9. Dans son certificat médical du 21 février 2013, le Dr F_____, spécialiste FMH, service de médecine du sport à l'Hôpital de la Tour, a attesté d'une incapacité de travail totale du 21 février au 17 mars 2013. Le praticien a prolongé ensuite l'incapacité de travail totale jusqu'au 23 septembre 2013. [endif]>[if> 10. Par message électronique du 26 février 2013, l'employeur a informé la SUVA que l'assuré avait repris son travail à 100% le 1^{er} février 2013, puis qu'il l'avait licencié. Il a ajouté que l'incapacité de travail attestée du 21 février au 17 mars 2013 était potentiellement injustifiée, puisqu'elle concernait apparemment un problème de genou, mais que l'assuré lui avait fait part de problèmes intestinaux.[endif]>[if> 11. Par courrier du 26 février 2013, la SUVA a informé l'assuré qu'elle formulait des réserves au sujet de ses troubles du genou gauche et suspendait ses prestations dès le 21 février 2013.[endif]>[if> 12. Dans son rapport intermédiaire du 6 mars 2013, le Dr F_____ a indiqué suivre l'assuré à raison d'une consultation par mois. Il a diagnostiqué une contusion du compartiment interne et fémoro-patellaire du genou gauche. L'évolution était défavorable, car il avait constaté une récurrence de douleur aiguë lors de la consultation du 21 février 2013, et son pronostic était moyen. Il confirmait une incapacité de travail totale depuis le 21 février 2013 et recommandait une intervention auprès de l'employeur pour l'attribution d'un travail approprié. Il avait prescrit au recourant un traitement d'auto-rééducation, des cannes et une genouillère. Il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, sous forme d'arthrose du genou gauche.[endif]>[if> 13. Selon une note d'entretien téléphonique du 12 mars 2013, l'employeur a déclaré à la SUVA qu'il avait croisé l'assuré dans un garage Honda, vêtu de son équipement de motard et se tenant debout normalement. Il ne souhaitait pas que des indemnités journalières soient versées à l'assuré, qui était en pleine forme et faisait de la moto.[endif]>[if> 14. Le 26 mars 2013, la SUVA a soumis le dossier et le rapport du Dr F_____ à son médecin d'arrondissement remplaçant, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie. Ce médecin a répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'incapacité de travail intervenue dès le 21 février 2013 était au moins en relation de causalité probable avec les suites de l'accident. Par ailleurs, il indiquait qu'il effectuerait un examen médical si l'assuré ne reprenait pas son travail d'ici au 15 avril 2013,[endif]>[if> 15. Par message électronique du 12 avril 2013, l'employeur a décrit le poste de travail de l'assuré. En qualité d'employé de bureau, celui-ci s'occupait de diverses tâches administratives, soit ouvrir le

courrier, établir les factures des fournisseurs et les rappels, les suivre et rédiger la correspondance. Il travaillait sur un bureau équipé d'un ordinateur et d'une imprimante, et avait accès à des armoires de classement. Il allait chercher le courrier dans une boîte aux lettres située à une vingtaine de mètres de sa place de travail, les toilettes étant situées à environ cinq mètres de celle-ci. Il travaillait huit heures par jour à son bureau et bénéficiait de pauses à 9h00, 12h00 et 15h00. Il avait occasionnellement aidé son employeur à tirer des câbles et à effectuer d'autres tâches simples, sans contrainte physique, il y a bien longtemps déjà.!

16. Le 17 avril 2013, l'assuré a été auditionné par la SUVA. Il a expliqué avoir subi un accident non professionnel en 2009, pris en charge par la SUVA, lors duquel il s'était blessé au genou gauche. Il avait bien récupéré et ne ressentait plus de douleur, mais souffrait d'arthrose du genou gauche. Il possédait un CFC de monteur-électricien et avait toujours exercé cette profession. Le 1^{er} décembre 2009, il avait été engagé par l'entreprise B_____ SA comme employé administratif, mais avait été amené occasionnellement à effectuer des dépannages durant le week-end et les vacances. L'accident du 19 octobre 2012 était intervenu dans l'exercice de sa profession de monteur-électricien, alors qu'il tirait des câbles pour alimenter une tente dans le cadre de la course de côte de VERBOIS. En reculant, il avait mis le pied dans un trou, était tombé et avait immédiatement ressenti une forte douleur au genou gauche. Il avait interrompu son activité et un collègue l'avait conduit à son domicile. L'évolution de l'atteinte avait été bonne jusqu'au 21 février 2013 et il avait repris le travail à 100% le 1^{er} février 2013. Le 19 février 2013, il avait aidé un collègue à tirer des câbles et avait dû régulièrement monter et descendre d'une échelle et forcer sur ses jambes, si bien que son genou avait notablement enflé, qu'il se bloquait lorsqu'il pliait la jambe et qu'il n'arrivait plus à la tendre. Il était rentré chez lui en voiture (automatique), puis comme la tuméfaction et la douleur persistaient, avait consulté le Dr F_____ le 21 février 2013, qui lui avait prescrit des cannes, une genouillère et un arrêt de travail complet. Depuis lors, l'évolution était bonne et le genou n'était plus tuméfié, sauf en cas de marche prolongée. Son genou lui faisait mal lors d'épisodes de tuméfaction et parfois sans raison apparente. Il ne pouvait pas monter et descendre des escaliers, car sa flexion était limitée. Le 15 avril 2013, une IRM avait été réalisée et sur la base de celle-ci, le Dr F_____ avait estimé que la situation s'améliorait malgré la présence de micro-fractures au niveau de la rotule. Selon l'assuré, une reprise de son activité professionnelle n'était pas envisageable, compte tenu de ses fortes douleurs lors de la marche. Le déplacement vers son travail en bus ou en voiture impliquait en effet un trajet à pied pénible et il ne pouvait pas conduire sa moto pour le moment. !

17. Par message électronique du 17 avril 2013, l'employeur a informé la SUVA que l'assuré ne travaillait pas lors de son accident car il avait pris congé pour préparer la course de côte de VERBOIS. L'assuré faisait en effet partie du club de moto qui organisait cette manifestation.!

18. Dans un rapport intermédiaire du 25 avril 2013, le Dr F_____ a exposé qu'il ne constatait pas d'amélioration clinique mais une bonne évolution des troubles sur l'IRM, ainsi qu'une diminution de l'œdème fémoral. Son pronostic était moyen et devait être réévalué. Le traitement actuel consistait en une diminution de l'activité générant la douleur et une auto-rééducation. Une reprise du travail à temps complet était prévue le 15 mai 2013.!

19. Par message électronique du 26 avril 2013, l'employeur a indiqué à la SUVA avoir découvert sur Facebook que l'assuré proposait une sortie à moto le 13 avril 2013. Ce dernier trompait tout le monde en prétendant ne pas pouvoir se déplacer et en bénéficiant d'un arrêt de travail.!

20. La SUVA a invité le Dr G_____ à se déterminer sur l'incapacité de travail de l'assuré. Dans son rapport

du 30 avril 2013, ce médecin a estimé que la reprise d'une activité professionnelle dans le domaine administratif ne nécessitant pas de longs et fréquents déplacements à pied ni le port de charge supérieures à 5 kg pouvait être envisagée dès le 21 février 2013, compte tenu des constatations cliniques du Dr F_____ et des examens radiologiques.![endif]>![if> 21. Par décision du 2 mai 2013, se fondant sur l'appréciation du Dr G_____, la SUVA a retenu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dès le 21 février 2013 et a mis fin au versement des indemnités journalières dès cette date. En effet, le Dr G_____ avait considéré que la poursuite de l'incapacité de travail pour les suites du traumatisme du 19 octobre 2012 n'était plus justifiée, si bien qu'une reprise du travail à 100% était exigible dès le 21 février 2013.![endif]>![if> 22. Par courrier adressé à la SUVA en date du 13 mai 2013, l'assureur maladie obligatoire de l'assuré a exposé que la décision du 2 mai 2013 ne le concernait pas, car elle se limitait à fixer une pleine capacité de travail dès le 21 février 2013 sans mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux. Elle ne fixait pas de statu quo sine et d'un point de vue médical, la relation de causalité entre l'accident et les troubles médicaux du genou gauche était ininterrompue, si bien que la prise en charge d'éventuels frais médicaux était toujours à charge de la SUVA.![endif]>![if> 23. Par acte du 15 mai 2013 et son complément du 3 juin 2013, l'assuré, représenté par un conseil, a formé opposition contre la décision du 2 mai 2013, concluant à son annulation, à la constatation qu'il était en incapacité totale de travail du 21 février 2013 jusqu'à ce jour, à la constatation que cette incapacité de travail devait être traitée comme séquelle de l'accident du 19 octobre 2012, ainsi qu'au versement des indemnités journalières depuis le 21 février 2013. Il soutenait que la rechute intervenue le 21 février 2013 avait engendré une incapacité de travail totale, laquelle avait été attestée par le Dr F_____. Le lien de causalité entre l'accident et cette incapacité de travail était confirmé par les avis médicaux, notamment le rapport du Dr G_____ du 26 mars 2013 et la dernière demande d'examen radiologique du Dr F_____. Partant, la décision du 2 mai 2013 était injustifiée. En outre, il apparaissait que la SUVA s'était fondée aveuglément sur les dénonciations mensongères de son employeur pour nier son droit aux prestations. En effet, cette dernière l'avait informé des réserves qu'elle formulait le 26 février 2013, date à laquelle elle avait reçu un courriel de l'employeur laissant entendre que l'arrêt de travail était injustifié, et sa décision du 2 mai 2013 était intervenue moins d'une semaine après la réception d'un autre courriel dans lequel l'employeur déclarait « il trompe bien tout le monde en étant en arrêt accident ».![endif]>![if> 24. Par message électronique du 27 mai 2013, l'employeur a indiqué à la SUVA que l'assuré s'était présenté à son bureau pour y récupérer des affaires. Il n'estimait pas normal que l'assuré soit toujours en arrêt de travail alors qu'il se portait bien. Par message électronique du 1^{er} juin 2013, l'employeur a indiqué à la SUVA que l'assuré était revenu à son bureau pour y rendre des affaires, équipé de sa veste de moto, et que celui-ci « se portait à merveille ».![endif]>![if> 25. Selon le rapport du 5 juillet 2013 de la Dresse H_____, spécialiste FMH en radiologie, une deuxième IRM a été réalisée le 15 avril 2013, à la demande du Dr F_____. Cet examen a mis en évidence une disparition quasiment complète de l'œdème et de la fracture sous-chondrale [...], des rebords articulaires fémoro-tibiaux d'aspect acérés, une chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne de grade IV, rétro-patellaire externe de grade II, de petites anomalies sous-chondrales rotuliennes, une lésion de grade III de la corne postérieure méniscale interne, des prémices de gonarthrose et de bursite pré-patellaire, et une lame liquidienne intra-articulaire.![endif]>![if> 26. Suite à l'opposition de l'assuré, la SUVA a soumis une nouvelle fois le dossier à son médecin d'arrondissement, la Dresse I_____, spécialiste FMH

en chirurgie. Par rapport du 9 juillet 2013, elle a exposé que l'IRM réalisée en avril 2013 avait mis en évidence une disparition quasiment complète de l'œdème et de la fracture sous-chondrale [...], étant précisé que persistaient des aspects dégénératifs de chondropathie, d'anomalies sous-chondrales rotuliennes et de lésions de la corne postérieure du ménisque interne, de même qu'une lame liquidienne intra-articulaire. L'évolution était favorable sur le plan objectif, ce que confirmait l'IRM d'avril 2013. En outre, aucune amyotrophie liée à une non utilisation du membre supérieur gauche n'avait été signalée. Par conséquent, elle estimait qu'en dépit des plaintes de l'assuré, celui-ci devait pouvoir exercer un travail administratif ainsi que se rendre à son travail en transports publics, si nécessaire avec l'aide d'une canne. Il devait toutefois éviter les montées et descentes d'escaliers fréquentes ainsi que le port de charges. Au vu des rapports médicaux, les lésions mises en évidence par les IRM, en particulier celle du 15 avril 2013, ne justifiaient pas une incapacité de travail totale à long terme dans un poste administratif.

27. Par décision du 10 juillet 2013, la SUVA, se fondant notamment sur le rapport de la Dresse I_____, a admis partiellement l'opposition de l'assuré et accepté de prendre en charge l'incapacité de travail totale attestée par le Dr F_____ du 21 février au 15 avril 2013, date à laquelle l'IRM démontrait une quasi disparition de l'œdème. Au-delà de cette date, une incapacité de travail n'était pas justifiée sur le plan objectif, étant rappelé qu'il incombait à l'assuré d'entreprendre tout ce qu'on pouvait attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident. En outre, le Dr F_____ n'expliquait pas pour quels motifs il avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 17 juillet 2013.

28. Par acte du 10 septembre 2013, l'assuré a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition du Dr F_____, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à la constatation de son droit à l'indemnité journalière dès le 21 février 2013. Il soutenait que la SUVA avait procédé à une instruction insuffisante de sa capacité de travail, se fondant uniquement sur un rapport d'IRM démontrant la bonne évolution de ses lésions, sans tenir compte de l'incapacité de travail totale attestée par le Dr F_____ jusqu'au 17 juillet 2013. En outre, elle s'était contentée de soutenir que son médecin n'expliquait pas pourquoi il avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 17 juillet 2013, alors qu'elle aurait facilement pu l'interpeller à ce sujet.

À l'appui de ses écritures, le recourant a notamment joint : - un rapport du Dr F_____ daté du 22 juillet 2013, selon lequel il s'était entretenu avec le recourant le jour même et le suivait pour des douleurs post-traumatiques du genou gauche depuis le 12 septembre 2012. Il confirmait le diagnostic de contusion du compartiment interne et fémoro-patellaire du genou gauche intervenue suite à une entorse le 19 octobre 2012. Il énumérait divers antécédents, soit un status post chirurgie du ménisque interne du genou gauche en 1976, un status post toilette articulaire des genoux droit et gauche en 1994 et en 1996, un status post bypass gastrique en 2012, un surpoids et une hypertension artérielle traitée. Il expliquait que la douleur du genou gauche persistait, qu'elle empêchait le recourant de reprendre son travail et que l'évolution n'était pas favorable. À l'examen clinique, il constatait une légère atrophie du quadriceps, une mobilité réduite en flexion à environ 130 degrés, ainsi qu'une douleur du compartiment interne à la palpation et aux tests méniscaux internes. Pour le médecin, les douleurs du genou gauche étaient liées à l'entorse du 19 octobre 2012, car elles n'étaient pas présentes auparavant. En outre, même si les IRM démontraient une évolution plutôt favorable, on ne pouvait pas affirmer que les lésions liées à l'accident étaient guéries, si bien qu'il avait adressé le recourant aux Hôpitaux Universitaires de Genève pour un avis chirurgical. Ce dernier ne pouvait pas encore

reprendre son travail comme électricien, vu la persistance de ses douleurs, de sorte que le Dr F_____ avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 18 août 2013, date de leur prochain entretien. - un certificat du Dr F_____ daté du 26 août 2013, attestant que le recourant ne pouvait pas marcher sur une distance supérieure à 500 mètres pour des raisons médicales.

29. Dans sa réponse du 4 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours.

L'incapacité de travail attestée par le Dr F_____ jusqu'au 17 juillet ne se justifiait pas dans le travail administratif de l'assuré, vu l'évolution favorable sur le plan objectif et les renseignements médicaux en sa possession, notamment l'IRM du 15 avril 2013. Le recourant n'était pas empêché d'exercer une tâche purement administrative ne nécessitant ni montée, ni descente d'escaliers, ni port de charges, et son déplacement vers son lieu de travail était exigible. Pour le surplus, le cas avait été suffisamment instruit, puisque l'assuré ne fournissait pas lui-même d'explication convaincante sur la pertinence de l'avis divergent de son médecin traitant.!

30. Par réplique du 24 octobre 2013, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions.!

31. Lors de l'audience d'enquêtes du 27 novembre 2013, la chambre de céans a entendu le Dr F_____. Ce dernier a confirmé suivre le recourant pour ses problèmes de genou depuis décembre 2012, à raison d'une consultation par mois. En octobre 2012, le patient avait subi un traumatisme suite à une entorse en chutant dans un trou. Il avait consulté les urgences et souffert de douleurs aiguës, puis deux mois plus tard, il lui avait été adressé en raison de la persistance des douleurs. Le Dr F_____ avait constaté une tuméfaction du genou gauche ainsi que des douleurs du compartiment interne et fémoro-patellaires. À ce moment, le recourant ne pouvait pas travailler comme électricien vu l'impotence de son genou. En janvier 2013, une IRM avait montré une importante contusion osseuse du fémur, ce qui signifiait qu'il y avait eu un impact violent sur le genou. En raison d'une amélioration, une reprise du travail avait été tentée à 50%, puis à 100% dès le 1^{er} février 2013, mais par la suite, il avait dû remettre le recourant en arrêt de travail, car ses douleurs persistaient et son genou se bloquait occasionnellement. En avril 2013, il avait effectué une nouvelle IRM montrant une évolution favorable de la contusion osseuse, mais les douleurs persistaient et le recourant n'avait pas pu reprendre son travail. Cette IRM n'expliquait pas tout, car le recourant souffrait également d'une arthrose, auparavant asymptomatique, qui avait été décompensée par l'accident. L'accident avait touché le compartiment interne, le cartilage et le ménisque du genou, qui présentaient des lésions arthrosiques sévères. Lors de la dernière consultation du 16 octobre 2013, la douleur était supportable. Comme il n'y avait plus d'épanchement, une reprise du travail à temps complet avait été fixée dès le 24 septembre 2013. À son sens, une activité d'électricien était difficilement envisageable et impliquait une diminution de rendement, alors qu'une activité d'employé de bureau était actuellement adaptée. Il a confirmé la teneur de son certificat du 22 août 2013, selon lequel le recourant ne pouvait à l'époque pas marcher plus de 500 mètres, et a expliqué que lors d'une contusion osseuse de ce genre, il fallait parfois entre 12 et 24 mois pour récupérer entièrement.!

Questionné par la chambre de céans, le Dr F_____ a indiqué ignorer qu'une entorse du genou gauche était survenue en 2009, de sorte qu'il ne pouvait pas se prononcer sur l'état arthrosique de ce genou après décembre 2009. Il était très difficile de répondre à la question de savoir quelles étaient les parts respectives de la cause arthrosique et de la cause traumatique dans l'évaluation de la capacité de travail jusqu'en juillet 2013, mais il était certain qu'un patient âgé mettait plus de temps à récupérer qu'un jeune dans des circonstances semblables. Il a confirmé avoir toujours évalué la capacité de travail du recourant en tant qu'électricien et non comme employé de bureau, car il pensait qu'il était

électricien. Il a répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il était possible que le recourant emprunte les transports publics et marche pour se rendre à son travail. Le traitement avait consisté en des infiltrations du mur méniscal, la prescription d'anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Il a admis que son rapport n'abordait pas les antécédents du genou gauche et confirmé que les personnes en surpoids avaient plus de risque de développer de l'arthrose, ce qui influençait le temps de guérison. Selon le Dr F_____, en février 2013, le recourant aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée, telle qu'une activité de bureau. Enfin, le patient pouvait conduire, car cela ne nécessitait pas trop de flexions du genou. 32. Dans ses conclusions après enquête du 18 décembre 2013, l'intimée s'est référée une nouvelle fois à l'avis de son médecin d'arrondissement et a maintenu ses conclusions. Il ressortait de l'audition du Dr F_____, d'une part, que l'état actuel du genou pouvait découler de plusieurs causes, notamment l'accident intervenu en 2009, sans qu'il soit possible d'imputer à l'événement de 2012 une importance prépondérante, d'autre part que le recourant pouvait exercer une activité de bureau et se rendre au travail en transports publics. Enfin, le Dr F_____ n'avait pas tenu compte dans ses rapports de la première entorse de 2009. 33. Le recourant, dans son écriture du 18 décembre 2013, a conclu, sous suite de frais et dépens, à la constatation de son droit à l'indemnité-journalière de l'assurance-accident du 21 février au 23 septembre 2013 inclusivement, et demandé à la chambre de céans de donner acte à l'intimée qu'elle avait accepté de le mettre au bénéfice de l'indemnité journalière du 21 février au 15 avril 2013. Il a persisté à soutenir que l'accident du 19 octobre 2012 était intervenu alors qu'il effectuait une activité d'électricien pour son employeur, qu'il exerçait régulièrement à côté de son activité d'employé de bureau quand bien même son contrat de travail n'évoquait que cette dernière activité. L'employeur avait menti en déclarant qu'il avait pris congé lors de l'accident et ses courriels contenaient des allégations mensongères quant à son état de santé. La rechute du 21 février 2013 avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 24 septembre 2013, date à laquelle il avait recommencé à travailler. L'IRM effectuée en avril 2013 avait montré une évolution favorable, mais la persistance des douleurs justifiait une incapacité de travail totale. Cette persistance n'avait rien d'exceptionnel, car une contusion osseuse nécessitait parfois entre 12 et 24 mois pour se résorber, comme l'avait expliqué le Dr F_____. En outre, même si ce médecin avait fait état de lésions arthrosiques, il avait précisé que l'arthrose était devenue douloureuse parce que l'accident l'avait décompensée. Par ailleurs, le Dr F_____ avait certes apprécié sa capacité de travail comme électricien et non comme employé de bureau, mais il réitérait avoir travaillé régulièrement comme électricien. Enfin, son employeur avait confirmé son licenciement oral par courrier du 21 mars 2013, et manifesté dès le 26 février 2013 l'intention de ne plus lui confier de travail, de sorte que le Dr F_____ n'aurait pas pu vérifier s'il était apte à reprendre son travail dans une activité administrative. Face à ce flou, le Dr F_____ avait déclaré possible qu'il ait pu reprendre une activité adaptée telle qu'une activité de bureau en février 2013, mais il n'existait aucune certitude à ce sujet. 34. À l'appui de ses écritures, le recourant a joint un courrier du 3 avril 2013, dans lequel l'employeur confirmait son licenciement du 21 mars 2013 et corrigeait une erreur concernant le délai de congé, si bien que les rapports de travail avaient pris fin au 31 mai 2013. 34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations

prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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.

3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin aux indemnités journalières au 15 avril 2013.

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. 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).

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

6. 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). La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales: une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusque-là par l'assuré. Toutefois, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 460/05 consid. 3.2 ; FRESARD / MOSER-SZELESS,

L'assurance-accidents obligatoires, SBVR, 2ème éd., n. 152 p. 895). Compte tenu de la formulation de l'art. 6 LPGa (utilisation des termes « résulter » en français et « bedingt » en allemand), un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail doit exister (Ueli KIESER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, n° 43, p. 164 et ATSG-Kommentar, 2009, n° 6 ad Art. 6).

7. 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).

!endif>![if> 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).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). 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).

8. 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).!

9. En l'espèce, il convient de déterminer si le recourant a recouvré sa pleine capacité de travail dans son activité après le 15 avril 2013, nonobstant l'incapacité de travail attestée par le Dr F _____.!

L'intimée considère que tel est le cas, se fondant notamment sur l'appréciation de la Dresse I _____, médecin d'arrondissement, ainsi que sur le rapport relatif à l'IRM du 15 avril 2013. La chambre de céans relève que le rapport de la Dresse I _____ du 10 juillet 2013 intègre un résumé de tous les rapports médicaux antérieurs, de sorte qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de la Dresse I _____, selon lesquelles le recourant peut, au vu de l'IRM du 15 avril 2013, exercer ses tâches dans un travail administratif et se rendre au travail en transports publics, si nécessaire avec l'aide d'une canne, sont claires et dépourvues de contradictions. Elles sont également motivées, puisqu'elles tiennent compte des limitations fonctionnelles retenues ainsi que d'une évolution favorable de l'atteinte sur le plan objectif, notamment de la disparition pratiquement complète, selon l'IRM du 15 avril 2013, de l'œdème et de la fracture sous-chondrale à la zone portante condylienne fémorale externe. En outre, les limitations fonctionnelles décrites, soit les montées et descentes d'escaliers fréquentes et le port de charges, apparaissent compatibles avec une activité professionnelle de type administratif. Au vu de ce qui précède, ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le fait que le médecin conseil n'a pas examiné le recourant n'a pas d'incidence sur sa valeur probante, puisqu'il se fonde sur un nombre suffisant d'appréciations médicales consécutives à un tel examen, émanant notamment des médecins du recourant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d). De surcroît, les conclusions de la Dresse I _____ sont corroborées par celles du Dr G _____, qui a retenu que le recourant pouvait reprendre une activité professionnelle administrative en respectant certaines limitations fonctionnelles dès le 21 février 2013 déjà. Ces conclusions sont également appuyées par les déclarations du recourant du 17 avril 2013, qui a fait état d'une bonne évolution depuis sa rechute, son genou n'étant plus tuméfié sauf en cas de marche prolongée (20 minutes), malgré des douleurs occasionnelles et une limitation de la flexion (cf. rapport du 26 avril 2013 ; procès-verbal d'audition du 17 avril 2013). Les rapports divergents du Dr F _____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions de la Dresse I _____, dès lors qu'ils sont peu motivés et ne mettent pas en exergue d'élément dont cette dernière n'aurait pas tenu compte. Il sied de rappeler que selon la jurisprudence, l'incapacité de travail doit être appréciée en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré. Or, en l'espèce, le Dr F _____ a reconnu avoir apprécié l'incapacité de travail du recourant dans une activité d'électricien, alors que celui-ci travaillait jusqu'à sa rechute comme employé de bureau. Dans une activité adaptée telle qu'une activité de bureau, le médecin n'a pas exclu que le recourant aurait pu reprendre le travail dès février 2013, précisant encore qu'il pouvait conduire (cf. notamment procès-verbal d'enquêtes du 27 novembre 2013 ; rapport du 22 juillet 2013). Par conséquent, les conclusions du Dr F _____, qui ne se rapportent pas à l'activité professionnelle réellement exercée, ne peuvent être retenues. Contrairement à ce que soutient le recourant, on relèvera qu'il ne travaillait pas régulièrement comme

électricien, ses tâches étant essentiellement de nature administrative, au vu notamment de son contrat de travail et de la description du poste effectuée par son employeur. Compte tenu de ce qui précède, le rapport de la Dresse I_____ du 10 juillet 2013 emporte la conviction de la chambre de céans. Par conséquent, l'intimée était fondée à considérer que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée de type administratif après le 15 avril 2013 et, partant, à nier son droit aux indemnités journalières postérieurement à cette date. Pour le surplus, le point de vue de l'employeur quant à l'incapacité de travailler du recourant n'a pas été pris en compte par l'intimée, à l'instar de la chambre de céans, les documents médicaux étant suffisants à cet égard. 10. Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté. 11. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a et g LPG). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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