

GE_GERICHTE A/3142/2016 vom 16. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3142_2016

FR: GE_GERICHTE A/3142/2016 du 16 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/3142/2016 del 16 maggio 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Éric MAUGUE recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, domicilié à Versoix (GE), est employé depuis novembre 2001 à plein temps auprès des B_____ (ci-après : B_____ SA). Il est assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA). Le 23 avril 2003, en descendant d'une machine, l'assuré a heurté un gros caillou avec le talon de son pied droit, subissant une contusion du calcanéum avec hématome au niveau du pied droit. Il a été en incapacité de travail du 28 avril au 7 mai 2003, sur prescription du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie. La SUVA a pris cet accident en charge (sinistre 1_____), selon décision du 20 mai 2003. Le 26 juin 2006, ayant dû sauter d'un train roulant à 30 km/h pour éviter un choc, l'assuré est tombé sur le ballast, principalement sur le genou gauche, chute lui ayant occasionné une rupture du ligament croisé antérieur gauche. Il a été en incapacité de travail jusqu'au 30 octobre 2006, sur prescription des docteurs D_____, médecin traitant spécialiste FMH en médecine interne, et E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. La SUVA a pris cet accident en charge (sinistre 2_____), selon décision du 5 juillet 2006. Le 14 novembre 2012, l'assuré s'est cogné le genou droit contre un poteau métallique, choc lui ayant occasionné une inflammation du genou droit. Il a été en incapacité de travail jusqu'au 28 novembre 2012, sur prescription de son médecin traitant, la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne. La SUVA a pris cet accident en charge (sinistre 3_____), selon décision du 29 novembre 2012. L'assuré a souffert de gonalgie droite depuis mars 2015, révélée par une radiographie du 26 mars 2015. Lors d'une consultation du 13 juillet 2015, l'assuré a dit au Dr E_____ que, lors de l'accident de 2006, il avait atterri avec le genou droit, mais d'après le dossier de 2006, il avait alors été victime d'un traumatisme du genou gauche, avec rupture du ligament croisé antérieur gauche traité conservativement avec un excellent résultat fonctionnel. Il ne notait aucun nouveau traumatisme survenu dans l'intervalle. Pour son problème alors actuel, il fallait faire une physiothérapie à but de stabilisation, mais il n'y avait pas d'indication opératoire. D'après un rapport établi le 21 juillet 2015 par la docteure G_____ concernant une IRM du genou droit effectuée la veille à l'Hôpital de La Tour, l'assuré présentait une déchirure partielle proximale antérieure du ligament collatéral interne, un aspect grêle du ligament croisé antérieur incurvé compatible avec un status post de déchirure ligamentaire à corrélérer aux antécédents cliniques, une formation géodique d'allure mucoïde sous-chondrale épiphysaire tibiale proximale s'associant à une

chondropathie de grade I-II en regard, une lamelle intra-articulaire du récessus externe. 8. À teneur d'un rapport de consultation du 11 août 2015 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'examen clinique était franchement évocateur pour une déchirure méniscale postéro-interne du genou droit. Les clichés de l'IRM précitée du 20 juillet 2015, revus en détail avec le docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, mettaient clairement en évidence une déchirure de grade III de la partie postéro-interne du ménisque interne (non décrite par le Dr G_____). 9. Selon un rapport établi le 18 septembre 2015 par les docteurs J_____ et K_____, médecin-chef de clinique et médecin interne des services de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré, en perte de poids depuis deux mois, avait ressenti progressivement des douleurs sans traumatisme depuis un an, de type mécanique, sans instabilité, ni épanchement, ni blocage. À l'examen clinique, il avait des mobilités articulaires complètes à 140/0/0 et comparatives, des douleurs au niveau fémoro-tibial interne mais surtout à celui de la métaphyse tibiale proximale, reconnues comme apparaissant au bout de trente minutes de marche ; il y avait aussi un dérouillage matinal et des douleurs lors de la descente des escaliers uniquement ; la laxité antérieure était présente ; les signes méniscaux étaient tous négatifs. L'IRM du 20 juillet 2015 mettait en évidence une rupture du ligament croisé antérieur ancienne et une déchirure du ménisque interne. En résumé, l'assuré se plaignait de douleurs au genou droit, d'apparition progressive, qui n'étaient alors pas en lien avec les ménisques. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale par arthroscopie pour nettoyage méniscal. Il fallait continuer la physiothérapie en effectuant un travail de proprioception, réaliser une infiltration de cortisone et poursuivre la perte de poids. 10. L'arthroscopie pour régularisation méniscale préconisée par le Dr H_____ n'a pas été réalisée, l'assuré n'étant pas couvert en privé et cette indication opératoire n'ayant pas été retenue par la Dre J_____. Le Dr E_____ a prescrit de la physiothérapie à l'assuré. 11. Le 6 octobre 2015, les B_____ SA ont annoncé à la SUVA une rechute de l'accident du 26 juin 2006 dès le 20 juillet 2015, sans qu'il n'y ait eu de choc. 12. D'après un rapport médical du 9 novembre 2015 à la SUVA de la Dre F_____, l'accident du 23 avril 2003 pouvait avoir fragilisé le genou droit de l'assuré, et, selon le dossier du précédent médecin traitant, le Dr L_____, l'assuré avait présenté aussi des hématomes sur la jambe droite suite à son accident du 26 juin 2006, lors duquel il avait forcément utilisé ses deux jambes pour se recevoir au sol. Référence était faite aux analyses précitées de l'IRM du 20 juillet 2015 des Drs G_____ et H_____, ainsi qu'à la position de la Dre J_____. L'assuré allait mieux ; il se sentait prêt à reprendre le travail à 50 % et probablement à 100 % dès décembre 2015. À noter qu'il avait été en incapacité totale de travail du 24 mars au 2 avril 2015, du 28 mai au 18 juin 2015 puis du 20 juillet au 31 octobre 2015. 13. Par décision du 11 décembre 2015, la SUVA a refusé de prendre en charge une rechute du sinistre du 26 juin 2006. Il n'y avait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre cet accident et les troubles déclarés du genou droit. 14. Par recommandé du 13 janvier 2016, l'assuré a formé opposition contre cette décision. La position de la SUVA était contraire à celle de son médecin traitant, la Dre F_____, selon laquelle l'IRM du 20 juillet 2015 avait révélé d'abord des séquelles d'une ancienne déchirure du ligament croisé antérieur droit, une déchirure partielle proximale antérieure du ligament collatéral interne, puis encore une déchirure st III de la partie postéro-interne du ménisque interne à droite. Les déchirures du ménisque et les lésions ligamentaires étaient assimilées à un accident, même si elles n'étaient pas causées par un

facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie. Lesdites lésions lui ouvraient en tout état le droit à des prestations de la SUVA, qu'elles soient ou non la suite de l'accident du 26 juin 2006. ![/endif]>![if> 15. Dans une appréciation médicale du 19 février 2016, le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie au sein de la SUVA, se prononçant sur la base du dossier, a estimé qu'il n'était pas vraisemblable que l'assuré ait subi une rupture du ligament croisé antérieur droit lors de l'accident du 26 juin 2006 qui n'aurait alors pas été documentée. Une hémarthrose se serait produite au niveau du genou droit, comme cela avait été le cas à celui du genou gauche, du fait de la déchirure du tissu synovial, et une symptomatologie aurait été mentionnée, la jambe droite ayant été auscultée puisque des hématomes superficiels avaient été relevés. Il ne résultait pas clairement des documents médicaux figurant au dossier quand l'assuré s'était fait cette ancienne déchirure du ligament croisé antérieur ; du fait qu'il y avait eu auscultation des deux côtés, il n'y avait pas de vraisemblance prépondérante que l'assuré s'était déchiré, en 2006, le ligament croisé antérieur des deux genoux, si bien qu'un lien des douleurs actuelles avec ledit accident n'était au mieux que possible. Le Dr M_____ ne s'est pas prononcé sur la question, signalée comme devant aussi faire l'objet de son appréciation, de savoir si les douleurs présentes au genou droit pouvaient être attribuées avec une vraisemblance prépondérante à l'accident du 14 novembre 2012. ![/endif]>![if> 16. Par décision du 18 mars 2016, la SUVA a refusé la prise en charge de la rechute annoncée du sinistre du 26 juin 2006. Selon l'appréciation du Dr M_____, médecin-conseil de la SUVA, il n'y avait pas de lien avéré ou même probable entre cet accident et les troubles annoncés au genou droit. Opposition pouvait être formée contre cette décision. ![/endif]>![if> 17. Par courrier du 23 mars 2016, considéré comme une opposition, les B_____ SA se sont référés à l'avis du Dr E_____, admettant un lien de causalité naturelle entre les douleurs au genou droit apparues au printemps 2015 et l'accident du 26 juin 2006, et à celui de la Dre F_____, relevant notamment que l'assuré avait déjà subi un accident au genou droit le 23 avril 2003 et que lors de celui du 26 juin 2006, des hématomes avaient été constatés à la jambe droite d'après le médecin traitant d'alors, le Dr L_____. L'IRM du 20 juillet 2015 avait mis en évidence une ancienne déchirure du ligament croisé antérieur droit et une déchirure partielle proximale antérieure du ligament collatéral interne, et il y avait aussi une déchirure du ménisque interne. Selon la Dre F_____, les troubles actuels devaient être d'origine accidentelle. Il fallait clarifier la situation. ![/endif]>![if> 18. La SUVA a répondu le 4 avril 2016 aux B_____ SA que l'accident du 23 avril 2003 avait consisté en une blessure au pied droit, sans aucune mention du genou droit, et elle les a invités, en lui communiquant l'appréciation médicale précitée du Dr M_____, à lui faire savoir s'ils maintenaient leur opposition. Les B_____ SA lui indiqueront par courrier du 8 avril 2016 qu'ils maintenaient leur opposition. ![/endif]>![if> 19. Le 5 avril 2016, l'assuré a formé opposition à la décision précitée de la SUVA du 18 mars 2016, en faisant grief à cette dernière de n'avoir pas pris en considération ses remarques du 13 janvier 2016, de se focaliser sur l'accident de 2006, qui, compte tenu de l'hématome alors constaté « sur le genou droit », pouvait avoir causé la déchirure en question, et de ne pas faire mention de l'accident de 2012 ayant touché son genou droit et ayant pu provoquer la déchirure du ligament alors insuffisamment recherchée. En tout état, il était clair que cette déchirure était d'origine accidentelle. Il appartenait à la SUVA de démontrer qu'elle était le cas échéant d'origine malade. ![/endif]>![if> 20. D'après une appréciation médicale complémentaire du 26 avril 2016 du Dr M_____, l'accident du 14 novembre 2012 avait consisté, à teneur du dossier, en un choc

direct du genou contre une tige de métal, n'ayant provoqué aucune torsion du genou, mais un hématome superficiel. Il n'y avait pas de vraisemblance prépondérante que cet accident ait causé la déchirure du ligament croisé en question, dont on ne pouvait, médicalement, établir quand elle s'était produite. 21. Par décision sur opposition du 19 août 2016, la SUVA a écarté les oppositions des B_____ SA et de l'assuré et a confirmé sa décision précitée du 18 mars 2016. Le dossier avait été soumis une nouvelle fois au médecin d'arrondissement de la SUVA. L'opposition des B_____ SA reposait sur des arguments imprécis, non aptes à remettre en question l'appréciation du Dr M_____. L'accident du 23 avril 2003 n'avait provoqué qu'une simple contusion du talon droit. Le Dr E_____ se bornait à indiquer que les constatations médicales concordaient avec l'événement du 26 juin 2006 et semblaient plausibles. La Dre F_____ affirmait simplement une origine accidentelle à la lésion en question. L'opposition de l'assuré n'était pas non plus fondée. L'accident du 14 novembre 2012 n'avait tenu qu'à un choc du genou droit contre une tige de fer sortant du sol, sans mention d'une quelconque distorsion du genou ; l'hématome superficiel décrit était à mettre en corrélation avec la contusion directe ; le déroulement de l'événement n'était pas propre, au degré de vraisemblance prépondérante, à provoquer une rupture du ligament croisé. Il incombait à l'assuré de prouver que des troubles étaient d'origine accidentelle, et non à la SUVA qu'ils étaient d'étiologie malade. Il ne ressortait pas du dossier qu'un facteur extérieur ait pu causer les lésions du genou considérées ; celles-ci n'étaient pas à assimiler à un accident. 22. Par acte du 19 septembre 2016, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à l'apport des dossiers de la SUVA concernant les accidents des 23 avril 2003, 26 juin 2006 et 14 novembre 2012, à la fixation d'un délai pour compléter le recours une fois ces dossiers produits, à l'ouverture d'enquêtes, et, sur le fond, à l'annulation de la décision attaquée, à la reconnaissance de son droit aux prestations de la SUVA en relation avec son genou droit (soit la déchirure du ligament croisé antérieur droit avec déchirure partielle proximale antérieure du ligament collatéral interne, ainsi que la déchirure st III de la partie postéro-interne du ménisque interne à droite), et au versement d'une indemnité de procédure. Les lésions considérées étaient assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne pouvait être tenue pour manifeste. Les médecins consultés par l'assuré s'accordaient sur le caractère purement accidentel d'une déchirure du ligament croisé ; les lésions présentées au genou droit étaient en lien, au degré de vraisemblance prépondérante, avec un événement extérieur accidentel. Sur les trois accidents annoncés par l'assuré, celui du 26 juin 2006 apparaissait comme très vraisemblablement à l'origine de la déchirure du ligament croisé antérieur droit, de la déchirure partielle proximale antérieure du ligament collatéral interne et de la déchirure st III de la partie postéro-interne du ménisque interne à droite dont il souffrait. L'accident du 14 novembre 2012, ayant aussi impliqué son genou droit, devait avoir eu un effet aggravant sur une lésion déjà présente. Ces deux événements étaient dans un rapport de causalité de vraisemblance prépondérante avec la lésion typiquement traumatique qu'il présentait. L'accident du 23 avril 2003 avait pu fragiliser son genou droit. Il était hautement invraisemblable que la lésion soit survenue lors d'un accident antérieur à 2001. À l'appui de son recours, l'assuré a produit un rapport de consultation de la Dre J_____ du 29 août 2016, attestant qu'il présentait une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit, mise en évidence par une IRM réalisée le 20 juillet 2015 en lien avec un accident de date inconnue, et ajoutant que seul un accident pouvait aboutir à une déchirure du ligament croisé et que

tout ce qui concernait le genou droit de l'assuré était donc du ressort de l'assurance-accident. 23. Invitée à présenter une réponse (sous réserve d'une réplique que l'assuré serait encore appelé à produire), la SUVA, par écriture du 18 octobre 2016, a conclu au rejet du recours, en produisant les dossiers des trois accidents précités. Il ressortait des appréciations médicales du Dr M_____ que les accidents de 2006 et 2012 ne constituaient pas des causes vraisemblables des atteintes objectivées annoncées par l'assuré en 2015, faute d'avoir entraîné une distorsion du genou droit. Les conclusions du médecin-conseil de la SUVA avaient force probante. Les médecins consultés par l'assuré ne les remettaient pas vraiment en cause : la Dre F_____ citait l'assuré en tant que celui-ci attribuait ses troubles à son traumatisme de 2006 ; le Dr E_____ précisait que son dossier ne contenait aucune référence à des troubles au niveau du genou droit ; les Drs J_____ et K_____ ne se prononçaient pas sur l'origine des atteintes observées ; la Dre J_____ en affirmait une origine accidentelle, sans les rapporter à l'un des traumatismes annoncés à la SUVA. Cela ne suffisait pas à admettre qu'il y avait une atteinte assimilée à un accident. Rien au dossier concernant l'accident de 2003 ne suggérait de rapporter à celui-ci les lésions annoncées en 2015. 24. Par réplique du 17 novembre 2016, l'assuré a persisté dans les conclusions de son recours. Dans son rapport du 9 novembre 2015, la Dre F_____ avait noté clairement que le Dr D_____ avait vu des ecchymoses sur sa jambe droite lors de son accident du 26 juin 2006 et qu'elle mettait ces ecchymoses en lien avec la rechute intervenue en 2015. L'accident du 14 novembre 2012 avait impliqué un choc violent sur son genou, lui ayant provoqué un hématome important et un arrêt de travail. Le Dr M_____ ne faisait nulle mention de la littérature médicale relative aux lésions de ligaments croisés antérieurs apparaissant à la suite d'un coup. Tous les médecins consultés par l'assuré confirmaient que la cause de son état de santé ne pouvait être qu'accidentelle. 25. a. Le 24 janvier 2017, après avoir obtenu une nouvelle appréciation de sa division médicale, soit du docteur N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 19 janvier 2017, la SUVA a persisté à conclure au rejet du recours. Une déchirure du ligament croisé antérieur n'avait pas forcément une origine traumatique ; celle observée chez l'assuré était précisément de nature malade. b. Dans cette appréciation orthopédique, le Dr N_____ a exposé quelques notions médico-scientifiques sur les ligaments croisés antérieurs et leurs lésions, traumatiques ou malades. Au centre du genou, les ligaments croisés étaient extra-articulaires, séparés de la cavité articulaire par du tissu synovial (« détail » revêtant en l'espèce de l'importance). Les ligaments croisés stabilisaient de manière complexe et différenciée le genou suivant le degré de flexion de l'articulation. De nombreuses circonstances pouvaient amener à une rupture du ligament croisé antérieur, à des niveaux variables, de façon complète ou mono-fasciculaire, mais classiquement, c'était le plus souvent un traumatisme distorsif du genou dans la pratique d'activités sportives. Lors d'une rupture ligamentaire complète, on avait presque systématiquement également déchirure du tissu synovial entourant les ligaments croisés, avec un épanchement hémorragique intraarticulaire (hémarthrose), s'associant à une douleur et à une altération de la fonctionnalité. Souvent isolée, la rupture du ligament croisé antérieur pouvait aussi se retrouver avec d'autres atteintes ligamentaires. C'était par une IRM que se confirmait le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur. Le traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur pouvait être conservateur (par renforcement de la musculature compensant la perte de stabilisation statique) ou chirurgical (notamment par le remplacement du ligament par une plastie autologue, sans diminution du risque dégénératif à long terme) ; le

ligament rompu pouvait se cicatriser au ligament croisé postérieur, « en nourrice ». Les ruptures traumatiques du ligament croisé antérieur étaient de loin les plus fréquentes, mais il y avait des lésions du ligament croisé antérieur qui n'étaient pas attribuables à un traumatisme ponctuel, soit, en petit nombre, des ruptures à mettre sur le compte d'une dégénérescence uniquement. Il n'était pas rare de constater chez des personnes présentant une gonarthrose avancée un ligament croisé antérieur rompu, à la suite d'un cisaillement du ligament par des ostéophytes au niveau des épines tibiales ou surtout à celui de l'échancrure intercondylienne. La rupture du ligament croisé antérieur, dégénérative, était une pathologie. En plus de pouvoir se rompre exclusivement en conséquence de circonstances dégénératives, le ligament croisé antérieur pouvait être affecté par d'autres pathologies, d'étiologie non clairement définie, la dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur ainsi que les kystes mucoïdes intraligamentaires dudit ligament, deux pathologies pouvant coexister et représentant probablement un continuum, et qui étaient fortement associées avec des kystes intra-osseux également remplis de substance mucoïde. Ces pathologies dégénératives du ligament croisé antérieur étaient peu fréquentes en comparaison avec les lésions traumatiques, mais aussi sous-diagnostiquées. En conclusion, il était erroné d'affirmer qu'une rupture de ligament croisé antérieur était toujours due à un accident. En l'espèce, les antécédents accidentels de l'assuré n'avaient pas de relevance relativement au problème que ce dernier présentait à son genou droit. Plusieurs motifs amenaient à cette conclusion. À l'analyse des accidents considérés, il n'y avait pas de circonstances ou d'éléments pouvant a posteriori évoquer de manière probable une rupture traumatique aiguë du ligament croisé antérieur, visible ensuite sous forme séquellaire grâce à l'IRM ; le mode d'apparition et le type de symptômes présentés depuis le début 2015 n'évoquaient a priori pas un problème lié à une insuffisance du ligament croisé antérieur, chez un assuré connu pour un status après rupture dudit ligament du genou gauche d'évolution favorable sous traitement conservateur ; cela l'avait intrigué que le Dr O_____ n'ait pas évoqué un status après rupture du ligament croisé antérieur mais relevé que ce ligament présentait un aspect grêle et incurvé pouvant être compatible avec une ancienne rupture ; les orthopédistes consultés par l'assuré n'apportaient pas d'explication aux gonalgies de l'assuré. Les interrogations subsistant étaient levées par la visualisation des images. L'assuré ne présentait pas une rupture du ligament croisé antérieur, mais un kyste mucoïde dudit ligament, dont le volume repoussait la portion non affectée en arrière, lui donnant un aspect incurvé, respectivement concave vers antérieur pouvant faire évoquer une rupture ancienne ; de plus, du fait que l'hypersignal du ligament autour de la cavité kystique se confondait avec celui de l'épanchement intraarticulaire, on avait l'impression d'une solution de continuité du ligament croisé antérieur. En outre, on notait chez l'assuré un important kyste intra-osseux sous-chondral avec substance mucoïde au niveau du tibia proximal, en arrière de l'insertion du ligament croisé antérieur, et on retrouvait au niveau de l'insertion fémorale une érosion osseuse ; c'était typique d'une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur ou de kyste mucoïde intraligamentaire dudit ligament. Indépendamment du diagnostic, le type de symptômes présentés après un long temps de latence asymptomatique entre les antécédents évoqués et l'apparition des troubles parlait déjà contre un rapport de causalité naturelle probable entre ces antécédents accidentels et les troubles en question. L'assuré présentait ainsi, au niveau du genou droit, une affection réputée exclusivement dégénérative de son ligament croisé antérieur, à savoir un kyste mucoïde intraligamentaire, en association avec des kystes mucoïdes intra-osseux du tibia et des érosions du fémur. 26. Dans des observations du 2 mars 2017, l'assuré a indiqué que

la Dre J_____ ne pouvait se rallier à l'avis du Dr N_____. Comme elle l'avait écrit dans un courrier du 22 février 2017, l'assuré présentait une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit, ainsi que le mettait en évidence l'IRM du 20 juillet 2015. Il était erroné de parler d'une dégénérescence mucoïde dudit ligament. Celui-ci était déchiré et les kystes décrits sur l'IRM, situés dans le plateau tibial, n'avaient rien à voir avec le ligament croisé antérieur. Il s'agissait donc bien d'une déchirure traumatique, s'étant faite probablement lors d'un des nombreux accidents que l'assuré avait eu au niveau de son genou droit. L'assuré demandait à ce qu'une expertise orthopédique judiciaire soit ordonnée, les éléments médicaux qu'il avait produits éveillant un doute quant à la position du médecin interne à la SUVA. ![/endif]>![if> EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues par 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accident confirmant le refus des prestations prévues par la LAA au titre d'une rechute d'un accident. ![/endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA). L'intimé a rendu une première décision le 11 décembre 2015, que le recourant a frappée d'opposition le 13 janvier 2016, puis une autre, le 18 mars 2016, sans rejeter l'opposition précitée du recourant. Tant les B_____ SA que le recourant ont formé opposition contre cette nouvelle décision, respectivement les 28 mars et 4 avril 2016. La décision sur opposition a été rendue le 19 août 2016. Interjeté le 19 septembre 2016, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours sera donc déclaré recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé, en tant qu'assureur-accident du recourant, doit fournir les prestations prévues par la LAA pour les atteintes au genou droit du recourant s'étant manifestées au cours de l'année 2015, mises en évidence par l'IRM du 20 juillet 2015, consistant en une ancienne rupture du ligament croisé antérieur et une déchirure du ménisque interne, annoncées à l'intimé comme une rechute d'un accident antérieur, d'abord et principalement de celui du 26 juin 2006, puis, alternativement ou cumulativement, de ceux des 23 avril 2003 et 14 novembre 2012. ![/endif]>![if> 3. a. Les dispositions matérielles de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). Elles ne constituent généralement qu'une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes prévalant avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle en règle générale 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). ![/endif]>![if> b. 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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). c. En l'espèce, il est question de lésions ligamentaires. Il s'agit d'atteintes à la santé susceptibles de constituer un accident à des conditions moins restrictives que d'ordinaire, de par la volonté du législateur, qui a voulu éviter, au profit des assurés, que doive être faite la distinction, souvent délicate pour ce genre d'atteintes, entre accident et maladie (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accident, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, éd. par Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, p. 311 ss., n. 145 ss). En effet, jusqu'au 31 décembre 2016, en vertu d'une délégation de compétence figurant à l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a assimilé à un accident – donc inclus dans l'assurance-accidents – les lésions corporelles suivantes, énumérées exhaustivement à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, et même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan. d. L'art. 6 al. 2 LAA a été modifié le 25 septembre 2015, dès le 1^{er} janvier 2017 (RO 2016 4375 ; FF 2008 4877, 2014 7691). Il prévoit, encore plus largement que précédemment, que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments, les lésions du tympan. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'occurrence, les faits déterminants se sont produits en 2015, soit avant l'entrée en vigueur de ce nouvel art. 6 al. 2 LAA. C'est donc au regard de la loi et de la jurisprudence applicables jusqu'au 31 décembre 2016 que le litige doit être tranché. e. Jusqu'au 31 décembre 2016, les conditions d'octroi des prestations en cas de lésions corporelles assimilées à un accident exigeaient qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident fussent réalisées. En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés étaient à la charge de l'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_815/2016 du 14 mars 2017). f. 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et

il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Les lésions assimilées à un accident, selon l'art. 9 al. 2 OLAA, le sont même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 , 123 V 43 consid. 2b). 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, voulant qu'en matière d'assurances sociales les faits retenus soient ceux qui, à défaut le cas échéant d'être irréfutables, paraissent les plus probables parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 126 V 319 consid. 5a ; 125 V 193 consid. 2). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Demeure toutefois réservé le cas des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA), qui le sont – et le restent – tant que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_381/2014 du 11 juin 2015 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2). 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). g. En vertu de l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives. Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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. 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 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005). 4. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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). b. 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. À 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). c. 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). c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le 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. Étant 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). c/bb. 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 ; 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). c/cc. Une appréciation médicale, respectivement 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). c/dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 5. a. En l'espèce, le motif pour lequel l'intimé a refusé la prise en charge des atteintes ligamentaires annoncées, s'étant révélées dans le contexte de la gonalgie droite dont a souffert le recourant depuis mars 2015, résidait dans l'absence de facteur extérieur identifié susceptible d'avoir occasionné lesdites atteintes ou, du moins, d'en avoir déclenché ou d'avoir contribué à en déclencher les symptômes. > Dans un premier temps, à la suite de son médecin-conseil, l'intimé a nié que les atteintes ligamentaires annoncées en 2015 pussent constituer une rechute de l'accident du 26 juin 2006, ainsi qu'elles étaient présentées dans la déclaration de sinistre. Il l'a ensuite également nié s'agissant de deux autres accidents évoqués ultérieurement, à savoir ceux du 23 avril 2003 et du 14 novembre 2012. À ce stade, l'intimé ne contestait pas une ancienne atteinte ligamentaire d'origine traumatique. b. Tant les Drs M_____ que N_____ ont retenu qu'aucun de ces trois traumatismes pouvait avoir occasionné les atteintes ligamentaires révélées par l'IRM du 20 juillet 2015, pour des motifs qu'ils ont expliqués. b/aa. L'accident du 23 avril 2003 avait occasionné une contusion au talon droit, sans qu'une quelconque torsion de genou (en l'occurrence droit) n'ait alors été annoncée et/ou constatée par le médecin, spécialiste en chirurgie. L'incapacité de travail consécutive à ce choc n'avait duré que jusqu'au 7 mai 2003 (reprise du travail le 8 mai 2003), soit durant deux semaines seulement, et le traitement avait consisté en la prescription de supports plantaires. Le médecin traitant du recourant, la Dre F_____, n'a fait que suggérer que ce choc pouvait avoir fragilisé le genou droit du recourant. Les autres médecins et le recourant lui-même n'ont pas non plus avancé d'autres éléments en lien avec cet accident qui priverait l'avis de l'intimé de sa pleine pertinence s'agissant de cet accident. b/bb. Sans doute est-ce l'accident du 26 avril 2006 qui, compte tenu de la vitesse du train en marche dont le recourant a dû sauter (à savoir 30 km/h) pour atterrir sur le ballast, pouvait faire penser qu'il aurait pu causer des lésions aussi au genou droit, dont une rechute serait apparue en 2015. Le spécialiste en chirurgie orthopédique l'ayant soigné et suivi à l'époque, le Dr E_____, a cependant confirmé, en 2015, qu'il n'y avait eu lors de cet accident qu'un traumatisme du genou gauche, avec rupture du ligament croisé antérieur gauche. Le médecin traitant d'alors du recourant, spécialiste en médecine interne, le Dr D_____, avait certes noté (d'après les indications fournies par la Dre F_____ lui ayant succédé dans le suivi du recourant) que le recourant avait aussi eu des ecchymoses à la jambe droite lors de cet accident. Ceci n'est nullement exclu et apparaît même des plus vraisemblable au vu de la chute qu'il a subie. Cependant, comme l'a retenu le Dr M_____ et l'a confirmé le Dr P_____, si une rupture ligamentaire s'était alors produite aussi au genou droit du recourant, et dont les atteintes ligamentaires apparues en 2015 constitueraient une rechute, une hémarthrose se serait produite au niveau de ce genou comme cela avait été le cas à celui du genou gauche, et les douleurs qu'auraient ressenties le recourant n'auraient pas manqué d'être mentionnées, d'autant plus que la jambe droite avait aussi été auscultée et que des hématomes y avaient été remarqués, hématomes qui n'avaient pu qu'être superficiels dès lors qu'ils n'ont pas retenu davantage l'attention. Les autres médecins ayant émis en l'espèce un avis n'ont en réalité pas apporté d'éléments autorisant à retenir que les atteintes ligamentaires annoncées en 2015 au titre d'une rechute pussent, ne fût-ce qu'au bénéfice d'une probabilité (même n'atteignant pas le degré de la vraisemblance prépondérante), en constituer une de l'accident du 26 juin 2006. b/cc. Lors de l'accident du

14 novembre 2012, le recourant s'est certes cogné le genou droit contre une tige métallique sortant du sol. Comme l'a relevé le Dr M_____ et l'a confirmé le Dr N_____, il s'est cependant agi d'un choc direct, qui n'a provoqué aucune distorsion du genou, mais un hématome superficiel, et a occasionné une incapacité de travail de deux semaines seulement. En fait, aucun des autres médecins s'étant exprimés n'a émis un avis un tant soit peu motivé que les atteintes ligamentaires apparues en 2015 étaient susceptibles de constituer une rechute d'une atteinte de ce type qui se serait produite lors de l'accident du 14 novembre 2012. Aucune explication n'est même proposée par eux pour expliquer qu'une atteinte ligamentaire aurait alors échappé au médecin traitant du recourant, la Dre F_____. De son côté, le recourant fait grief au Dr M_____ de n'avoir cité aucune littérature médicale en lien avec des lésions de ligaments croisé antérieurs qui seraient apparues à la suite d'un coup, mais ni lui ni les médecins qu'il a consultés n'en produisent. c. De fait, les Drs J_____ et K_____, la Dre F_____ puis à nouveau la Dre J_____ ont affirmé une origine accidentelle aux anciennes lésions ligamentaires mises en évidence par l'IRM du 20 juillet 2015, sans pouvoir identifier l'évènement de type traumatique lors duquel celles-ci se seraient produites. Dans son rapport de consultation du 29 août 2016, la Dre J_____ évoquait une atteinte ligamentaire « en lien avec un accident de date inconnue », et dans son courrier du 22 février 2017, elle parlait d'une déchirure traumatique du ligament croisé antérieur s'étant « probablement faite lors d'un des nombreux accidents que (le recourant) a eus au niveau de ce genou droit ». De son côté, le recourant n'a pas fait état d'autres accidents que les trois précités, et il n'en ressort pas du dossier. De plus, dans l'annonce d'une rechute faite à l'intimée, il a été précisé qu'il n'y avait pas eu de choc expliquant la rechute annoncée. Or, pour un accident comme pour une rechute d'un accident, y compris une atteinte ligamentaire, il faut – du moins sous l'empire du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, ici pertinent – qu'une cause extérieure soit identifiée. Il ne saurait suffire d'affirmer qu'un accident doit bien être survenu, a fortiori une rechute d'un accident, pour que l'assureur-accidents doive être tenu de prendre le cas en charge. d. Les avis médicaux exprimés par le Dr M_____ puis le Dr N_____ (même en lien avec la survenance d'un traumatisme pouvant le cas échéant se voir reconnaître la qualification d'accident) doivent se voir reconnaître force probante, quand bien même ils émanent de médecins-conseils de l'intimé. Ils ne sont pas mis sérieusement et suffisamment en question par d'autres avis médicaux quant à une origine accidentelle déterminée des atteintes ligamentaires annoncées comme rechute à l'intimée pour qu'une expertise judiciaire doive être ordonnée (ATF 135 V 465). C'est le lieu de relever que ni le recourant ni les médecins dont il a produit des avis n'ont invoqué à un quelconque moment la nécessité d'une auscultation du recourant pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause. Il s'agit en effet d'un cas dans lequel des avis médicaux pouvaient être émis valablement sur la base du dossier médical déjà établi et se voir reconnaître pleine force probante. Le dossier sur lequel s'est prononcé le Dr N_____ a comporté toutes les pièces pertinentes, dont l'IRM du 20 juillet 2015 ; il apparaît que c'est aussi le cas pour le Dr M_____. e. Le recours est mal fondé pour le premier motif qu'aucun facteur extérieur n'est identifié, ce dans la perspective, initialement non contestée par l'intimée, d'une rechute d'anciennes atteintes ligamentaires d'origine traumatique. 6. a. L'exigence d'une telle cause extérieure identifiée trouve en l'occurrence la confirmation de son bien-fondé dans la négation, avancée et étayée en cours de procédure et sur laquelle le recourant a eu l'occasion de se déterminer, d'un traumatisme de type accidentel. ![/endif]>![if> Comme le Dr N_____ l'a développé de façon fouillée dans son appréciation orthopédique du 19 janvier 2017, il

s'avère que les atteintes ligamentaires annoncées au titre d'une rechute d'un accident sont exclusivement dégénératives. Le Dr N_____ a souligné que le mode d'apparition et le type de symptômes présentés par le recourant depuis le début de l'année 2015 n'évoquaient pas un problème lié à une insuffisance du ligament croisé antérieur, de surcroît alors que le recourant avait bien récupéré sous traitement conservateur de la rupture de son ligament croisé antérieur gauche d'avril 2006. Selon lui, le type de symptômes présentés par le recourant après un long temps de latence asymptomatique entre les antécédents évoqués et l'apparition des troubles parlait déjà contre un rapport de causalité naturelle probable entre ces antécédents accidentels et les troubles en question. Le Dr N_____ a également relevé que, dans son analyse de l'IRM du 20 juillet 2015, le Dr O_____ n'avait pas évoqué un status après rupture du ligament croisé antérieur, mais que ce ligament présentait un aspect grêle et incurvé pouvant être compatible avec une ancienne rupture. À l'examen des images, il a constaté que le recourant présentait en réalité non une rupture du ligament croisé antérieur, mais un kyste mucoïde dudit ligament, dont le volume repoussait la portion non affectée en arrière, lui donnant un aspect incurvé, respectivement concave vers antérieur pouvant faire évoquer une rupture ancienne, et qu'une impression de solution de continuité dudit ligament était renforcée par le fait que l'hypersignal du ligament autour de la cavité kystique se confondait avec celui de l'épanchement intraarticulaire. Il a en outre noté chez le recourant un important kyste intra-osseux sous-chondral avec substance mucoïde au niveau du tibia proximal, en arrière de l'insertion du ligament croisé antérieur et une érosion osseuse au niveau de l'insertion fémorale, ce qu'il a qualifié de typique d'une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur ou d'un kyste mucoïde intraligamentaire dudit ligament.

b. Invité à se déterminer sur cette nouvelle appréciation médicale, le recourant s'est contenté de produire l'avis non motivé de la Dre J_____, tenant en la simple affirmation d'une déchirure traumatique du ligament croisé antérieur droit et qualifiant d'erroné le diagnostic de dégénérescence mucoïde dudit ligament. L'indication que les kystes décrits sur l'IRM du 20 juillet 2015 n'auraient rien à voir avec ce ligament n'apparaît pas constituer un argument propre à mettre en doute l'analyse détaillée et complète effectuée par le Dr N_____ et la conclusion de ce dernier. Le Dr N_____ a toutes les qualifications requises comme spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; il s'est prononcé sur la base d'un dossier complet ; rien ne permet de discerner la moindre prévention de sa part comme médecin-conseil de l'intimé. La chambre de céans ne voit pas de raison de ne pas s'en tenir aux conclusions convaincantes de son étude approfondie du dossier du recourant, à savoir que ce dernier présentait, au niveau du genou droit, une affection exclusivement dégénérative de son ligament croisé antérieur, à savoir un kyste mucoïde intraligamentaire, en association avec des kystes mucoïdes intra-osseux du tibia et des érosions du fémur, donc une maladie et non un accident ou une rechute d'accident.

c. L'analyse et la conclusion du rapport du Dr N_____ répondent aux exigences permettant de leur attribuer pleine force probante ; la contradiction résultant de la Dre J_____ n'est pas propre à faire douter de leur bien-fondé. Par appréciation anticipée des preuves, il ne s'impose nullement d'ordonner l'expertise orthopédique judiciaire et/ou les auditions de médecins requises par le recourant (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c ; 135 V 465).

d. Le recours doit être rejeté pour le second motif que les atteintes ligamentaires annoncées comme résultant d'une rechute d'un accident sont en réalité une maladie, qu'il n'appartient donc pas à l'intimé de prendre en charge.

7. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoinné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).

Vu l'issue du recours, le recourant n'a pas droit à une

indemnité de procédure (art. 61 let. g LPG). * * * * * 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.