

GE_GERICHTE A/3798/2016 vom 25. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3798_2016

FR: GE_GERICHTE A/3798/2016 du 25 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE A/3798/2016 del 25 luglio 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1960, ressortissant portugais naturalisé suisse en 2015, travaille depuis le 1 er juin 1986 auprès des Chemins de fer fédéraux suisses (ci-après : CFF) comme spécialiste B_____ (B_____), en étant assuré à ce titre contre les accidents par la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA). 2. a. Le 8 février 2014, dans le cadre de son travail, il a glissé sur un couvercle bétonné de canalisation, recouvert de glace et de neige, le long d'une voie de chemin de fer, et s'est tordu la cheville (droite), à teneur de la déclaration d'accident que les CFF adresseront le 17 février 2014 à la SUVA (pce 1 SUVA). b. L'assuré s'est fait soigner à la Permanence de Cornavin SA, où il a été soumis, le 8 février 2014, à un examen radiologique du genou droit, de la cheville droite et du pied droit. À teneur d'un rapport de lecture radiologique établi le 10 février 2014 par le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie (pce 24 SUVA), il y avait, au genou droit, une enthésopathie au niveau de l'insertion rotulienne au niveau du tendon du quadriceps (traduite par une petite calcification de l'insertion du tendon) mais pas d'épanchement articulaire et des condyles fémoraux, plateaux tibiaux, tête du péroné et rotule d'aspect normal, à la cheville droite une insertionite du tendon d'Achille mais pas de lésion osseuse (pas de fracture, pas de luxation, pas d'adénopathie), et au pied droit pas de lésion osseuse (morphologie, structure osseuse et rapports articulaires normaux, pas de fracture ni de luxation, parties molles d'aspect normal). c. L'assuré a été en incapacité de travail totale à la suite de l'accident considéré, puis, dès le 17 février 2014, à 50 %, et il a repris le travail à 100 % le 3 mars 2014 (pces 5 et 6 SUVA). d. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident du 8 février 2014. 3. En date du 7 janvier 2016, dans le cadre de son travail, en sortant des wagons « après avoir croché », il a ressenti une forte douleur au genou droit, ainsi que les CFF l'annonceront le 9 février 2016 à la SUVA à titre de rechute de l'accident précité du 8 février 2014 (pce 10 SUVA). Dans l'intervalle, l'assuré avait consulté le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui lui avait fait subir, le 12 janvier 2016, un examen radiologique par IRM du genou droit par le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, dont le rapport du même jour indique en conclusion un volumineux épanchement intra-articulaire, une déchirure du sommet de la corne postérieure du ménisque interne et une deuxième au niveau de sa racine de grade III, une dégénérescence du ménisque externe, un aspect écarté des faisceaux du ligament croisé antérieur en relation avec une ancienne rupture partielle avec dégénérescence mucoïde, une calcification de l'insertion du tendon quadricipital, un tendon rotulien légèrement tortueux et de signal hyperintense évoquant une dégénérescence,

et un amincissement du cartilage de recouvrement du condyle interne sans lésion ostéochondrale (pce 43 SUVA). 4. D'après un « rapport médical LAA pour rechute » du 25 février 2016 du Dr D_____, (pce 15 SUVA), l'assuré, en pliant le genou droit, avait tout à coup eu une douleur et un épanchement avec un phénomène de « lâchage ». À titre de constatations objectives était noté un épanchement intra-articulaire au genou droit. Le diagnostic posé était celui de déchirure méniscale interne, rupture partielle du ligament croisé antérieur. La thérapie consistait en une immobilisation et un anti-inflammatoire non-stéroïdien. L'assuré était en totale incapacité de travail depuis le 7 janvier 2016. 5. Les traitements conservateurs n'ayant pas apporté de bénéfice, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à la Clinique de la Colline, a adressé l'assuré au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans leur rapport du 10 mars 2016 (pce 26 p. 2 s. SUVA), les docteurs G_____ et H_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne dudit service des HUG, ont fait mention d'une consultation « dans le contexte de douleurs invalidantes du genou droit apparues depuis 2014 suite à un traumatisme en flexion profonde, actuellement en augmentation ». Selon l'examen clinique, le morphotype était normoaxé, les mobilités étaient à 0-0-140°, les douleurs étaient fémoro-tibiales internes, l'ensemble des signes méniscaux étaient positifs, notamment en postéro-interne, et le reste de l'examen était sans particularité. L'IRM précitée du 12 janvier 2016 mettait en évidence une lésion du ménisque interne avec une languette méniscale. Lesdits médecins proposaient une méniscectomie a minima pour nettoyer les lésions instables. 6. Le 15 mars 2016, l'assuré a subi une arthroscopie diagnostique et méniscectomie interne aux HUG (pce 37 SUVA). Le compte-rendu opératoire, daté du lendemain, établit le bilan articulaire suivant : Compartiment fémoro-patellaire : chondropathie stade 1, pas de lésion au niveau de la trochlée. Compartiment fémoro-tibial interne : lésion de chondropathie stade 3 au fémur, pas de lésion au tibia ; lésion complexe dégénérative du ménisque interne segment moyen et postérieur avec deux franges méniscales (qui sont mises en évidence et reséquées à la pince emporte pièce et complétées au shaver). Échancrure : aucune lésion particulière. Compartiment fémoro-tibial externe : pas de lésion. 7. À teneur d'un « rapport médical LAA » du 13 mai 2016 du docteur I_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, mentionnant l'année 2014 comme date de l'accident et le 9 mars comme date des premiers soins, l'assuré avait eu, selon ses indications, un traumatisme en flexion profonde au genou droit ; les constatations objectives relevées étaient des douleurs fémoro-tibiales intenses et des signes méniscaux positifs ; le diagnostic, s'appuyant sur les constatations radiologiques, était une lésion du ménisque interne du genou droit ; la thérapie avait consisté en une méniscectomie interne arthroscopique le 15 mars 2016. 8. En réponse à une demande du 11 juillet 2016 du gestionnaire du dossier sur un lien entre d'une part les plaintes concernant le genou droit et l'opération effectuée et d'autre part l'accident du 8 février 2014, le docteur J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur auprès de la SUVA, a indiqué qu'il fallait élucider le mécanisme exact de l'accident du 8 février 2014 (chute directe sur le genou droit ? distorsion ?) (pce 38 SUVA). L'assuré a été entendu le 20 juillet 2016 à la SUVA. D'après le procès-verbal de cet entretien (pce 41 SUVA), l'assuré n'avait jamais souffert, avant le 8 février 2014, du genou droit, ni de la cheville droite ni du genou gauche. Le 8 février 2014, il avait marché sur un caniveau recouvert de plaques de béton, sur lequel il y avait du gel et de la neige, et son pied droit

était parti en avant sur une distance de 40 à 50 cm ; son genou droit n'était pas parti sur la droite ou la gauche, et sa cheville était restée en appui complètement au sol sans subir de torsion. Surpris par cette glissade de son pied droit, il s'était affaissé mais n'était pas tombé. Son pied gauche était resté en arrière et son genou gauche avait été à quelques centimètres du sol sans toucher ce dernier. En faisant l'effort pour maintenir son équilibre et ne pas tomber, son genou droit s'était retrouvé pratiquement complètement plié, supportant tout le poids de son corps (1.76 m pour 90 kg). Quand sa glissade et son rétablissement de l'équilibre avaient pris fin, il avait ressenti une douleur au niveau du cou-de-pied droit avec la sensation que les muscles « bougeaient dans la botte » et comme un coup de couteau « au milieu de la rotule ». Il avait été opéré le 15 mars 2016 et avait repris le travail le 16 mai 2016 ; il ne suivait plus de traitement de physiothérapie depuis trois semaines, ne prenait plus de médicaments et n'avait plus de consultation fixée aux HUG, et faisait trente minutes de vélo d'appartement par jour. Son état était alors le suivant : s'agissant de la cheville droite, il n'arrivait pas à étendre ni relever complètement le pied droit, et avait des douleurs en le relevant au maximum ; les mouvements latéraux de son pied étaient un peu limités et plus douloureux vers l'extérieur ; la cheville n'était pas enflée mais en fin de journée il avait très souvent mal au cou-de-pied. S'agissant du genou droit, il était enflé un peu tous les jours ; il arrivait à le déplier complètement mais pas à le plier complètement ; il ne pouvait pas s'accroupir, ni se mettre sur le genou droit ; après 15 à 20 minutes de marche sur terrain plat, il devait s'arrêter 5 à 10 minutes. 9. Le 28 juillet 2016, le médecin d'arrondissement de la SUVA K_____, spécialiste en chirurgie, a estimé qu'il n'y avait pas de lien entre d'une part les plaintes concernant le genou droit et l'opération effectuée et d'autre part l'accident du 8 février 2014 (pce 44 SUVA). Le compte-rendu opératoire faisait clairement état d'un problème méniscal dégénératif. 10. Par courrier du 3 août 2016 (pce 45 SUVA), la SUVA a informé l'assuré que d'après son médecin d'arrondissement, il n'y avait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 8 février 2014 et les troubles au genou droit déclarés comme rechute dudit accident. Elle n'allouerait pas de prestations pour ce cas, qu'elle conseillait à l'assuré d'annoncer à son assurance-maladie. Une décision serait rendue sur demande. 11. Par téléphone du 9 août 2016 (pce 47 SUVA), l'assuré a fait part de son désaccord à la SUVA. Ses troubles étaient clairement une suite de son accident du 8 février 2014, et non d'une maladie. Il disposait d'un rapport sur une IRM ne faisant nulle mention d'arthrose, rapport que la SUVA lui a demandé de lui faire parvenir. L'assuré a refait parvenir à la SUVA le rapport d'imagerie précité du Dr E_____ du 12 janvier 2016. La SUVA a demandé au Dr K_____ de motiver son appréciation précitée du 28 juillet 2016 s'il ne la modifiait pas. 12. Le Dr K_____ a rendu une appréciation médicale en date du 10 août 2016 (pce 49 SUVA, en allemand, versée au dossier en version française le 6 décembre 2016). Après un résumé des antécédents établi sur la base du dossier, il a relevé que l'assuré avait été victime, le 8 février 2014, d'une entorse de la cheville droite et du genou droit. Des lésions osseuses avaient alors été exclues, et aucune pièce ne faisait état de problèmes post-traumatiques graves. Les examens effectués après l'événement du 7 janvier 2016 annoncé comme rechute dudit accident avaient mis en évidence une lésion du ménisque interne droit ; une arthroscopie avec ménisectomie interne partielle du genou droit avait été réalisée le 15 mars 2016 ; d'après le compte-rendu opératoire, ladite lésion était clairement de nature dégénérative. L'arthroscopie avait aussi mis en évidence des modifications dégénératives de la région du condyle fémoral interne. L'évolution excluait qu'il y ait eu lésion traumatique aiguë ; si l'assuré avait subi, en février 2014, une lésion

méniscale primaire complexe, il n'aurait pas attendu deux ans pour se faire opérer, car ses troubles se seraient accrus beaucoup plus rapidement. Il ne faisait aucun doute que la lésion méniscale était d'origine dégénérative. !endif]>![if> 13. Les 11 et 12 août 2016, l'assureur-maladie de l'assuré (Mutuel Assurance-maladie) et, agissant pour le compte de ce dernier, Assista Protection juridique SA, ont demandé à la SUVA une copie du dossier, de même que, le 17 août 2016, les CFF (pces 50, 51 et 54 SUVA). !endif]>![if> 14. Par décision du 19 août 2016 (pce 55 SUVA), la SUVA a refusé de prendre en charge les troubles au genou droit de l'assuré déclarés comme rechute de l'accident du 8 février 2014, faute de lien de causalité avéré ou même probable entre eux et ledit accident. Opposition pouvait être formée dans les trente jours contre cette décision, adressée à l'assuré et en copie au Groupe Mutuel Assurances, aux CFF, à Assista Protection juridique SA, aux HUG et au Dr D_____. !endif]>![if> 15. Par recommandé du 25 août 2016 (pce 56 SUVA), l'assuré, représenté par Assista Protection juridique SA, a formé opposition à cette décision, en demandant un délai au 7 octobre 2016 pour motiver son opposition, délai que la SUVA lui a accordé (pce 59 SUVA). !endif]>![if> 16. Par courrier du 1^{er} septembre 2016 (pce 60 SUVA), la docteure L_____ du service précité des HUG a invité la SUVA à reconsidérer sa position. L'assuré avait été vu en première consultation le 9 mars 2016 en raison de douleurs invalidantes de son genou droit, très clairement apparues en 2014, suite à un traumatisme en flexion profonde de son genou. Le bilan pratiqué et les IRM répétées avaient mis en évidence une lésion du ménisque interne avec languette méniscale, pour laquelle une intervention avait été pratiquée en mars 2016, avec une bonne évolution. Ladite intervention avait mis en évidence des troubles dégénératifs du genou, avec notamment des lésions cartilagineuses. Le cas relevait cependant bien d'un accident ; les premières douleurs liées à cette lésion méniscale étaient apparues très clairement après un traumatisme en hyperflexion, connu pour engendrer des lésions méniscales. !endif]>![if> 17. Par recommandé du 27 septembre 2016 (pce 61 SUVA), l'assuré, par l'intermédiaire d'Assista Protection juridique SA, a motivé son opposition, en faisant référence d'une part au rapport précité d'imagerie médicale du 12 janvier 2016 du Dr E_____, en tant qu'il faisait mention d'une « ancienne rupture partielle », et d'autre part au courrier précité du 1^{er} septembre 2016 des HUG, dont il résultait que les douleurs liées à sa lésion méniscale étaient apparues suite à un traumatisme en hyperflexion découlant de l'accident du 8 février 2014, traumatisme connu pour engendrer des lésions méniscales. La SUVA était mal venue de nier le lien de causalité entre ledit accident et les troubles de genou. !endif]>![if> 18. Le 4 octobre 2016 (pce 63 SUVA), en réponse à une demande de la SUVA, le Dr K_____ a indiqué que le courrier précité du 1^{er} septembre 2016 des HUG n'amenait pas à modifier son appréciation médicale précitée du 10 août 2016, pour des motifs développés dans une nouvelle appréciation médicale (pce 64, en allemand, versée au dossier en version française le 6 décembre 2016). Dans ce courrier, la Dre L_____ n'apportait pas d'élément nouveau sur le plan médical ; elle postulait seulement qu'un événement traumatique devait avoir eu lieu sous forme d'une hyperflexion et qu'il était à l'origine de la lésion méniscale, mais c'était là une hypothèse qui ne changeait rien au fait que l'arthroscopie pratiquée le 15 mars 2016 aux HUG avec méniscectomie interne partielle du genou droit avait révélé l'existence de modifications dégénératives évidentes, qui affectaient tant le condyle fémoral interne que le ménisque interne. Le Dr K_____ maintenait que l'assuré présentait une lésion méniscale de nature indubitablement dégénérative. !endif]>![if> 19. Par décision sur opposition du 7 octobre 2016 (pce 65 SUVA), la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré à la décision précitée du 19 août 2016, se trouvant ainsi confirmée. Elle a repris les termes et

conclusions des appréciations médicales précitées du Dr K_____. Il n'était pas déterminant que l'assuré n'avait pas souffert de son genou droit avant son accident, la simple chronologie ne fondant pas un rapport de causalité, dont les troubles s'étaient d'ailleurs vite estompés ; ce n'était que le 7 janvier 2016 que l'assuré avait consulté, parce qu'en pliant le genou il avait tout à coup ressenti une douleur (et épanchement) avec un phénomène de lâchage, survenu lors d'un geste physiologique habituel. L'assuré était prié de s'adresser à sa caisse-maladie, qui n'avait quant à elle pas contesté la décision de la SUVA. Recours pouvait être formé dans les trente jours contre cette décision sur opposition. 20. Par acte du 7 novembre 2016, désormais représenté par un avocat, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à la condamnation de la SUVA à verser des prestations suite à sa rechute de l'accident du 8 février 2014, soit l'ensemble des frais médicaux en lien avec le genou droit, depuis le 7 janvier 2016, et les indemnités journalières, sous suite de frais et dépens. La décision attaquée violait son droit d'être entendu, dans la mesure où les pièces clés étaient rédigées en allemand, langue que l'assuré ne maîtrisait pas, en particulier les rapports du médecin d'arrondissement de la SUVA sur lesquels se fondait la décision de refus de prestations. Ces pièces devaient être écartées de la procédure, ou alors une traduction devait en être ordonnée, après quoi il devait pouvoir compléter son recours. L'assuré contestait que les troubles de son genou droit étaient de nature uniquement dégénérative, sans lien avec l'accident du 8 février 2014. Ces troubles représentaient au demeurant des lésions assimilées par la loi à un accident, même si elles n'étaient pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, tant que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. L'IRM du 12 janvier 2016 avait fait état d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque ainsi qu'une rupture partielle du ligament antérieur, soit de lésions assimilées à un accident. De plus, elle avait révélé un « aspect écarté des faisceaux du ligament croisé antérieur en relation avec une ancienne rupture partielle avec dégénérescence mucoïde ». Il s'agissait d'une rechute de l'accident précité. Si un facteur dégénératif était certes présent, il n'y avait pas d'élément médical démontrant qu'il était la cause exclusive des lésions considérées. En cas de doute, une expertise médicale devait être ordonnée. 21. Par courrier du 6 décembre 2016, la SUVA a produit une copie de son dossier, ainsi qu'une traduction des appréciations médicales précitées du Dr K_____ des 10 août et 4 octobre 2016. 22. Invité à compléter son recours, l'assuré, par courrier du 14 décembre 2016, a indiqué que la SUVA n'avait pas répondu aux griefs soulevés par son recours, si bien qu'il ne pouvait pas se déterminer sur le fond de la cause. Il persistait dans son recours. 23. a. Par écriture du 23 janvier 2017, la SUVA s'est déterminée sur le recours, en produisant une appréciation chirurgicale établie le même jour par la docteure M_____, spécialiste en chirurgie auprès du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA, ainsi qu'une traduction en français de deux autres pièces du dossier. b. Dans cette appréciation chirurgicale, la Dre M_____ résumait les diverses pièces du dossier, puis évaluait le cas de l'assuré. Les différents examens pratiqués à la suite de l'accident du 8 février 2014 n'avaient révélé aucune lésion structurelle récente et surtout pas d'épanchement au niveau du genou droit. L'assuré avait repris son activité professionnelle après trois semaines d'arrêt de travail, puis n'avait plus consulté, jusqu'au 7 janvier 2016, jour où il avait ressenti une forte douleur à son genou droit. L'IRM du genou droit alors effectuée avait révélé un épanchement articulaire important, une lésion de la corne postérieure et de la racine du ménisque interne,

des modifications dégénératives du ménisque externe, une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. Le traitement conservateur ayant échoué, l'assuré avait subi une arthroscopie avec méniscectomie interne. De la description détaillée que l'assuré avait faite de son accident du 8 février 2014, il résultait que son membre inférieur droit était alors bien resté dans son axe et que le genou n'avait pas subi de torsion ayant pu provoquer une rupture du ligament croisé antérieur. Une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur n'était en aucun cas provoquée par un accident, mais représentait une maladie, et elle se différenciait à l'IRM d'une rupture dans le sens où, lors d'une rupture, les fibres ligamentaires étaient désorganisées, alors que lors d'une dégénérescence mucoïde, le trajet des fibres ligamentaires était normal et sans signe de rupture, le ligament croisé antérieur prenant un aspect touffu. Les radiographies pratiquées le 8 février 2014 avaient amené le Dr C_____ à décrire, au niveau du genou droit, une enthésopathie au niveau de l'insertion rotulienne du tendon du quadriceps, mais pas d'épanchement articulaire ; l'assuré n'avait pas pu développer de lésion aiguë méniscale, du fait que toute lésion aiguë au niveau de l'articulation du genou, ligamentaire ou méniscale, provoquait un épanchement intra-articulaire ; cela se trouvait corroboré par le fait que l'assuré avait repris rapidement son activité professionnelle (à 50 % dès le 17 février 2014 et à 100 % dès le 3 mars 2014), activité qui n'épargnait en aucun cas les genoux puisqu'elle l'obligeait à monter et descendre des différentes machines à manœuvre et des wagons à longueur de journée. Il n'y avait aucun argument permettant d'affirmer que l'accident du 8 février 2014 avait entraîné des lésions structurelles, en particulier une atteinte méniscale aiguë ou déclenché les symptômes d'une lésion méniscale ou ligamentaire. Le 7 janvier 2016, l'assuré avait ressenti une forte douleur au genou droit, après avoir simplement plié ce dernier, soit après un mouvement physiologique habituel et quotidien ne pouvant en aucun cas provoquer une déchirure méniscale dans le cas d'un ménisque sain et sans altération, mais pouvant en provoquer une si le genou était déjà usé et montrait des remaniements dégénératifs. Un volumineux épanchement intra-articulaire avait été constaté à l'IRM, ainsi qu'une déchirure du sommet de la corne postérieure du ménisque intérieur et une deuxième déchirure au niveau de sa racine de grade III, un ménisque externe présentant une dégénérescence, un amincissement du cartilage de recouvrement du condyle interne et une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. Il s'était donc passé « quelque chose » au niveau du genou droit de l'assuré, la simple flexion du genou ne pouvant provoquer une atteinte méniscale si le ménisque n'était pas déjà altéré. Lors de la méniscectomie ayant été réalisée, l'atteinte méniscale interne avait été confirmée et décrite comme étant d'origine dégénérative, ce qui ne faisait que confirmer le fait qu'une simple flexion du genou sur un ménisque sain ne pouvait provoquer une lésion aiguë du ménisque. L'état dégénératif du genou droit de l'assuré était par ailleurs démontré par la présence en per-opératoire d'une chondropathie de stade III du fémur et à l'IRM du genou droit, par un ménisque externe et un tendon rotulien présentant tous deux une dégénérescence. Une chondropathie était le plus souvent due à l'excès d'activités répétitives ou non, de petites malpositions, des instabilités, évoluant sur un intervalle de temps. L'état dégénératif du genou droit de l'assuré évoluait depuis plus longtemps que depuis l'accident du 8 février 2014, ce que confirmait la Dre L_____ dans sa lettre du 1^{er} septembre 2016. L'accident du 8 février 2014 n'avait pas entraîné de lésions structurelles objectivables. L'assuré présentait une usure ou un état dégénératif de son genou droit, qui, à la suite d'un mouvement de flexion habituel, s'était décompensé en un état aigu avec déchirure du ménisque interne. Cet état dégénératif n'était pas en relation, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec

l'accident du 8 février 2014. L'atteinte du ménisque interne diagnostiquée le 7 janvier 2016 était d'origine malade, de même que l'atteinte au ménisque externe et au ligament croisé antérieur. c. La SUVA s'est appuyée sur cette appréciation chirurgicale de la Dre M_____, ayant pleine valeur probante et confirmant la position du Dr K_____. Le radiologue E_____, le 12 janvier 2016, ne s'était pas prononcé sur l'existence d'une relation de causalité entre l'ancienne rupture partielle du ligament croisé antérieur qu'il notait et les troubles du genou droit de l'assuré. La prise de position de la Dre L_____ n'apparaissait pas concluante, en tant qu'elle ne procédait nullement d'une appréciation de l'ensemble des circonstances, et en particulier du fait que l'assuré n'avait pas présenté en 2014 les symptômes d'une déchirure méniscale et avait rapidement repris son activité. Le mouvement de flexion du genou droit réalisée le 7 janvier 2017 par l'assuré ne constituait ni un accident, ni une cause extérieure. La SUVA était fondée à exclure sa responsabilité pour la prise en charge des troubles annoncés en 2016 par l'assuré. 24. Dans une réplique du 8 février 2017, l'assuré a objecté que ni la Dre M_____ ni le Dr K_____ ne l'avaient personnellement ausculté, mais s'étaient prononcés sur la seule base des pièces versées au dossier. La Dre M_____ admettait que « quelque chose » avait provoqué l'atteinte physique du 7 janvier 2016, non explicable par une « simple flexion » du genou, excluant par là le caractère exclusivement dégénératif de la lésion survenue le 7 janvier 2016. Ce « quelque chose » pouvait être mis en relation avec l'accident du 8 février 2014, ce qui renforçait l'hypothèse d'une rechute. L'assuré confirmait pour le surplus les termes et conclusions de son recours. 25. Par duplique du 7 mars 2017, la SUVA a contesté que l'appréciation de la Dre M_____ contenait une contradiction intrinsèque. En retenant qu'il s'était passé « quelque chose au niveau du genou », elle s'était référée aux troubles annoncés en février 2016, alors que, de façon incontestable, l'assuré n'avait à ce moment-là pas été victime d'un accident. L'accident du 8 février 2014 ne pouvait se situer à la base des symptômes rapportés deux ans plus tard. La SUVA persistait intégralement dans ses conclusions. 26. Le 20 mars 2017, l'assuré a indiqué persister dans ses précédentes explications et conclusions. 27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 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-accidents confirmant le refus des prestations prévues par la LAA au titre d'une rechute d'un accident. 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). Déposé le lundi 7 novembre 2016 contre une décision sur opposition rendue le 7 octobre 2016, le recours a été interjeté 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. a. Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, tenant au fait que des pièces-clés du dossier étaient rédigées en langue allemande. b. Selon l'art. 29 al. 2 de la

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence déduit de cette disposition constitutionnelle – comme d'ailleurs précédemment de l'art. 4 aCst. (ATF 127 I 56 consid. 2b, 12 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a) – le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 604/01 du 13 août 2002 consid. 2a/aa ; ATAS/257/2017 du 30 mars 2017 consid. 6b). Sans doute un administré ne peut-il exercer effectivement les prérogatives découlant de son droit d'être entendu s'il ne comprend pas la langue utilisée dans la procédure. C'est cependant moins au droit d'être entendu qu'à l'interdiction des discriminations du fait de la langue, érigée en droit constitutionnel par l'art. 8 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), que se rattache le droit de l'intéressé (en particulier d'un assuré en matière d'assurances sociales) d'être mis en mesure de comprendre ce qui se dit et s'écrit au cours de la procédure le concernant (ATF 127 V 219 consid. 2a et b/aa). Ce droit n'implique pas que la procédure doive se dérouler dans la langue de l'intéressé quelle qu'elle soit (ATF 131 V 35 consid. 4, où il est indiqué que ni le principe de l'égalité des langues, ni le principe de la langue officielle n'interdisent aux collaborateurs d'une autorité fédérale de rédiger des communications internes dans une des langues nationales qui n'est pas la langue officielle utilisée concrètement dans les relations avec l'administré). Il implique en revanche au moins le droit à l'assistance d'un interprète (ATF 127 V 219 consid. 2b/bb, selon lequel un assuré ne saurait exiger dans tous les cas qu'une expertise médicale soit conduite et rédigée dans une langue qu'il comprend qui ne serait pas une des langues officielles de la Suisse, le droit à l'assistance d'un interprète restant réservé). Toutefois, dans les relations avec les autorités (arrêt du Tribunal fédéral 2C_700/2015 du 8 décembre 2015 consid. 1.4), en particulier avec les organismes intervenant dans toute la Suisse en vertu d'attributions légales, comme les assureurs sociaux, la procédure doit se dérouler dans une des langues officielles de la Confédération, en principe celle de la décision attaquée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_7/2012 du 19 octobre 2012 consid. 1 et 9C_609/2010 du 31 août 2010 pour les caisses-maladie ; 9C_647/2015 du 1^{er} octobre 2015 consid. 1 et 9F_5/2008 du 4 mars 2009 consid. 1 pour les caisses de pension), s'agissant tant de mémoires de recours que de déterminations (arrêt du Tribunal fédéral 8C_90/2014 du 19 décembre 2014, in SJ 2015 I 149, consid. 2.3). La chambre de céans a déjà jugé que les assureurs sociaux doivent s'adresser aux assurés et à tout le moins leur communiquer les pièces importantes du dossier dans la langue officielle de la procédure, soit, dans le canton de Genève, la langue française (art. 5 al. 1 de la Constitution de la République et canton de Genève du 14 octobre 2012 - Cst-GE - A 2 00 ; ATAS/432/2017 du 30 mai 2017 consid. 5a ; ATAS/80/2017 du 2 février 2017 consid. 8 ; cf. aussi ATF 131 V 35 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]. Commentaire thématique, 2011, n. 2904 s. et 2976 ss ; cf. ch. 2121 et 3007 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité - CPAI). c. En l'espèce, il ne fait pas de doute que les appréciations médicales du Dr K_____ des 10 août et 4 octobre 2016 auraient dû être produites dans une version française, dès l'instant où le recourant, le 9 août 2016 lors d'un téléphone s'étant déroulé en français (pce 47 SUVA), avait manifesté son désaccord avec l'intention de l'intimé de lui refuser les prestations requises, à tout le moins avant que

l'intimé ne rendre la décision sur opposition attaquée. Une traduction française de ces pièces importantes, de même d'ailleurs que d'autres, a cependant été versée au dossier en cours de procédure, et – ainsi qu'il l'avait requis à bon droit, sans ensuite compléter son recours avant de connaître la position de l'intimé sur le fond de son recours – le recourant a eu la possibilité de se déterminer par une réplique et même des observations après un double échange d'écritures, de même d'ailleurs qu'il a eu tout loisir de se déterminer sur l'appréciation chirurgicale (rédigée en français) de la Dre M_____ annexée à la réponse au recours. Il y a eu réparation du vice affectant la procédure. Le grief soulevé à cet égard est devenu sans objet. 3. Sur le fond, le litige porte sur la question de savoir si l'intimé, en tant qu'assureur-accidents du recourant, doit fournir les prestations prévues par la LAA pour les atteintes au genou droit du recourant s'étant manifestées dès le 7 janvier 2016, mises en évidence par l'IRM du 12 janvier 2012 et l'arthroscopie diagnostique et ménisectomie interne du 15 mars 2016, consistant en une déchirure du sommet de la corne postérieure du ménisque intérieur et une deuxième déchirure au niveau de sa racine de grade III, un ménisque externe présentant une dégénérescence, un amincissement du cartilage de recouvrement du condyle interne et une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. 4. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). b. 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 alors 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. 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), et l'art. 9 al. 2 OLAA précité abrogé le 9 novembre 2016 dès le 1^{er} janvier 2017 (RO 2016 4393). L'art. 6 al. 2 LAA prévoit, encore plus largement, 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. c. 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 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. d. 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). e. 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). f. 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). 5. 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, 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). 6. a. En l'espèce, il n'est pas contesté ni contestable que le recourant avait subi un accident le 8 février 2014, mais qu'il n'en a pas subi un le 7 janvier 2016 lorsque, ayant plié son genou droit, il a ressenti une forte douleur et qu'ont été diagnostiqués les troubles qui ont été annoncés à l'intimé comme une rechute de l'accident du 8 février 2014, à savoir une déchirure du sommet de la corne postérieure du ménisque intérieur et une deuxième déchirure au niveau de sa racine de grade III, un ménisque externe présentant une dégénérescence, un amincissement du cartilage de recouvrement du condyle interne et une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur. Aucune cause extérieure n'a provoqué ces troubles. [endif]>![if> La question est dès lors de savoir si ces derniers s'inscrivent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 8 février 2014, soit, plus précisément, dès lors qu'ils représentent des lésions assimilables à un accident, s'ils sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, dus à l'accident du 8 février 2014, comme le prétend le recourant, ou à une usure ou une maladie, comme le retient l'intimé sur la base des appréciations de ses médecins K_____ et M_____. b. Comme l'intimé l'a relevé, le Dr E_____, dans son rapport du 12 janvier 2016, n'a pas attribué à l'accident du 8 février 2014 les troubles révélés par les radiographies du 12 janvier 2016, nonobstant la mention qu'il a faite d'une ancienne rupture partielle du ligament croisé antérieur en relation, au demeurant, avec un aspect écarté des faisceaux dudit ligament, alors que son rapport, qui est essentiellement descriptif, atteste de plusieurs dégénérescences affectant le genou droit du recourant. De son côté, dans son courrier du 1^{er} septembre 2016 – apparaissant comme un courrier de soutien au recourant en réaction à l'annonce de la décision qui serait prise par l'intimé –, la Dre L_____, tout en relevant des

troubles dégénératifs du genou droit du recourant, fait référence à des douleurs invalidantes apparues en 2014. Elle ne procède cependant à aucune description des lésions survenues lors de l'accident du 8 février 2014 pour ensuite démontrer que ces lésions expliqueraient celles constatées par l'IRM du 12 janvier 2016 et l'arthroscopie du 15 mars 2016. Force est de constater que son avis n'a pas en soi de force probante supérieure à celle d'un avis exprimé par un médecin traitant. c. À l'inverse, l'appréciation chirurgicale de la Dre M_____, de même que les appréciations médicales du Dr K_____, expliquent de façon convaincante que l'accident du 8 février 2014 ne saurait être à l'origine des lésions survenues le 7 janvier 2016. Les examens pratiqués à la suite de l'accident du 8 février 2014 n'ont pas mis en évidence de lésion structurelle récente du genou droit du recourant, ni – point important – d'épanchement intra-articulaire, que n'aurait pas manqué de provoquer une lésion aiguë au niveau de l'articulation du genou. La description détaillée que le recourant a donnée de cet accident exclut qu'une torsion du genou fut alors survenue. Le recourant avait pu reprendre le travail à mi-temps à peine dix jours après ledit accident, et à plein temps une vingtaine de jours après celui-ci. Le recourant ne s'est pas plaint, y compris après avoir pris connaissance de ces trois appréciations médicales (en version française), d'avoir présenté des douleurs et/ou limitations à son genou droit depuis sa reprise du travail à 100 % le 3 mars 2014 au 7 janvier 2016, soit pendant près de deux ans, alors que, durant ce temps, il a exercé son activité professionnelle en soi éprouvante pour les genoux. Il est indiscutable que le recourant présentait des atteintes dégénératives à son genou droit lorsque, le 7 janvier 2016, il a ressenti une forte douleur à ce niveau, et ce après avoir simplement plié le genou. Dans ces conditions, l'explication est entièrement convaincante que le recourant présentait en janvier 2016 une usure ou un état dégénératif de son genou droit, que rien ne permet de mettre en rapport avec l'accident du 8 février 2014, mais qui explique que, subitement, sous l'effet d'un mouvement habituel et quotidien, les lésions méniscales constatées sont survenues. d. Les appréciations médicales successives des Drs K_____ et M_____ ne portent aucunement le sceau d'une quelconque prévention. Elles ne se trouvent nullement dépréciées du fait que lesdits médecins, au demeurant spécialistes de la discipline médicale pertinente, sont ceux de l'intimé, ni qu'ils n'ont pas ausculté personnellement le recourant, étant précisé qu'ils se sont prononcés sur la base de documents médicaux établissant les éléments d'ordre médical appropriés. e. La chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions desdits médecins, et il ne se justifie, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), pas d'ordonner une expertise ou d'autres actes d'instruction. Elle retient donc que les lésions subies par le recourant le 7 janvier 2016 et pour lesquelles il a été opéré le 15 mars 2016 sont d'origine maladie, sans lien de causalité avec l'accident du 8 février 2014. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a refusé de les prendre en charge et a rendu la décision attaquée.

7. Mal fondé, le recours doit être rejeté. [endif]>[if> 8. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGa). [endif]>[if> Vu l'issue du recours, le recourant n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGa). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :