

# **GE\_GERICHTE A/749/2021 vom 25. Januar 2022**

GE Cour de justice, 2022-01-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_749\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_749_2021)

FR: GE\_GERICHTE A/749/2021 du 25 janvier 2022

IT: GE\_GERICHTE A/749/2021 del 25 gennaio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report au premier jour ouvrable qui suit (en l'espèce le lundi 1er mars 2021), du terme d'un délai échu un samedi (art. 38 al. 3 LPGA), le recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si dans les suites de l'accident du 5 juin 2019, l'intimée était fondée à limiter à 50% le droit aux indemnités journalières dès le 11 janvier 2021, puis à supprimer totalement ses prestations dès le 11 février 2021 et, d'autre part, si l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé, cas échéant à quelle date.

### **E. 5**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

#### **E. 5.1**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré

(ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

## **E. 6**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA). Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Une telle amélioration doit être évaluée au regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour

autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

## **E. 7**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

### **E. 7.1**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

#### **E. 7.1.1**

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme

objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

### **E. 7.1.2**

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

### **E. 8**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

### **E. 9**

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une

question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 10**

En l'espèce, le recourant soutient qu'il est en incapacité totale de travailler depuis l'accident du 5 juin 2019 et au-delà du 12 janvier 2021. Son état de santé n'est en outre pas stabilisé et il continue à ressentir des douleurs importantes aux genoux. Depuis la décision du 11 janvier 2021, il est suivi par le Dr I\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, ainsi que par le service de chirurgie orthopédique des HUG. Le Dr I\_\_\_\_\_ considère la capacité de travail du recourant comme nulle dès le 11 janvier 2021, ce pour une durée indéterminée. Dans son rapport du 27 mars 2021, il évoque les plaintes de douleurs et d'impotences fonctionnelles bilatérales supérieures à droite et considère que le status les corrobore. Les IRM du 18 janvier 2021 mettent en évidence, pour le genou droit, une lésion complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie de grade 3 du plateau tibial interne et pour le genou gauche, une méniscopathie grade 3 de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie focale grade 3 à la partie antérieure du condyle fémoral interne, sans épanchement intra-auriculaire. Les lésions des deux ménisques sont décrites comme persistantes et le cas n'est pas stabilisé. Le Dr I\_\_\_\_\_ indique adresser le recourant aux HUG avec proposition de révision chirurgicale. Il conclut en évoquant « la complexité des lésions depuis l'accident, des ébauches évolutives en arthrose, une atteinte à l'intégrité et une invalidité ». Le Dr I\_\_\_\_\_ maintient cette position dans son attestation du 24 mai 2021 qu'il conclut en indiquant que le cas n'est toujours pas stabilisé et que le patient n'a jamais été en mesure de reprendre un quelconque travail. Il recommande d'attendre la détermination du service de chirurgie orthopédique quant à une éventuelle intervention. Cette détermination est adressée à l'intimée par les HUG le 9 juin 2021. Le rapport indique que l'évolution est défavorable et prône la mise en place d'une allogreffe méniscale interne du genou gauche et ostéotomie correctrice de valgisation au niveau fémoral gauche. La réalisation des critères nécessaires à dite intervention est exposée dans un rapport complémentaire des HUG du 5 juillet 2021, motivant notamment celle-ci par la présence de douleurs localisées au niveau de l'interligne interne du genou.

### **E. 10.1**

La position de l'intimée au moment de la décision sur opposition entreprise et son évolution lors de la procédure est un peu plus confuse.

### **E. 10.2**

Ainsi, dans un premier temps, soit aux moments de sa décision du 11 janvier 2021 et de sa décision sur opposition du 27 janvier 2021, elle a considéré que le recourant était apte à reprendre son activité habituelle à 50% dès le jour même, puis à 100% dès le 12 février 2021. Son état de santé était décrit comme identique à celui qui prévalait avant l'accident. Vu la rééducation en cours, l'intimée acceptait cependant de verser des indemnités à hauteur de 50% jusqu'au 28 février 2021. Les frais d'autres examens radiologiques ne seraient par ailleurs plus pris en charge.

#### **E. 10.2.1**

Ces déterminations indiquaient se fonder sur l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA du 8 janvier 2021, faisant elle-même uniquement référence aux conclusions

des médecins de la CRR du 16 décembre 2020 relatives au séjour de l'intéressé à la clinique du 10 novembre au 8 décembre 2020. Pourtant, à teneur de leur lettre de sortie, il appert que les médecins de la CRR n'ont pas considéré la situation comme stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. En outre, s'ils avaient envisagé une reprise à 50% à partir du 11 janvier 2021, (soit plus d'un mois après la sortie de la CRR et trois semaines après l'établissement du rapport de sortie), ils avaient préconisé une réévaluation avant une reprise à 100%. Or, le recourant n'a plus été examiné par un médecin de la SUVA après le 8 décembre 2021 et les seuls médecins qu'il a vus, de son propre chef, attestent d'une incapacité de travail totale au-delà du 11 janvier 2021. Tant le Dr H\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 8 janvier 2021 que l'intimée dans sa décision et sa décision sur opposition des 11 et 27 janvier 2021 font donc une lecture erronée des conclusions du rapport de la CRR lorsqu'ils considèrent que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 11 février 2021. Ce n'est en effet pas ce que les médecins de la CRR indiquent. De plus, contrairement à ce que soutient l'intimée, il n'apparaît ni dans le rapport de sortie de la CRR, ni dans l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2021, ni dans aucun document figurant au dossier, que le recourant aurait recouvré la capacité de travail qui était la sienne au jour de l'accident.

#### **E. 10.2.2**

Il est en outre difficilement compréhensible qu'au vu de la lettre de sortie de la CRR recommandant une évaluation médicale après le 11 janvier 2021, du certificat du Dr I\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2021 attestant d'une incapacité totale de travailler du recourant et des douleurs accrues décrites par le recourant dans son opposition du 18 janvier 2021, l'intimée n'ait procédé à aucun examen complémentaire avant de rendre la décision sur opposition. Elle ne semble même pas avoir examiné les rapports relatifs aux IRM des deux genoux du 18 janvier 2021 pourtant mentionnés par le recourant - même si non produits par lui - dans son opposition. L'absence d'une évaluation complète et circonstanciée au moment de la décision de diminuer, puis de supprimer les prestations, est d'autant plus étonnante que l'historique médical du recourant est chargé et complexe. Il a notamment subi trois interventions chirurgicales aux ménisques en 2020 et les bilans post-opératoires se sont avérés mitigés et bien loin de ce qui était anticipé par les médecins conseils de l'intimée. Dans ces circonstances, il semble particulièrement peu opportun de miser sur une évolution statistique, au détriment d'un examen médical concret. La chambre de céans rappelle encore à cet égard que l'intimée avait déjà, par décision du 17 avril 2020, interrompu ses prestations en faveur du recourant au 30 avril 2020, du fait qu'après une ménisectomie telle que celle subie le 13 janvier 2020, le statu quo ante pouvait être considéré comme atteint au plus tard trois mois après l'opération. Elle a ultérieurement annulé sa propre décision suite à une évaluation concrète du cas du recourant démontrant que l'évolution de son état de santé n'était pas conforme à l'évaluation prospective abstraite (cf. courrier de l'intimée au recourant du 22 juillet 2020). Au vu de ces éléments, la décision sur opposition du 27 janvier 2021, rendue sans investigations médicales complémentaires, apparaît comme prématurée, ce qui est, en tant que besoin, confirmé par les deux revirements décrits ci-après.

#### **E. 10.3**

En effet, dans un second temps, soit lors de la préparation de sa réponse au recours, l'intimée a fait examiner le dossier du recourant à la Dresse J\_\_\_\_\_ de son centre de compétence, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie. Celle-ci trouvait « un peu »

surprenant que la CRR retienne une capacité de travail complète de l'intéressé dans son ancienne activité au vu des circonstances. Elle rejoignait à cet égard plutôt l'avis du médecin d'arrondissement qui, lors de son examen final d'octobre 2020, avait considéré que l'activité habituelle ne serait plus exigible, afin d'épargner au mieux les genoux et éviter l'apparition d'arthrose. Comme lui, elle « ne pouvait retenir, compte tenu des séquelles accidentelles, que le recourant était apte à reprendre son ancienne activité à 50% à partir du 11 janvier 2021, puis à 100% à compter du 1<sup>er</sup> mars 2021 ». En revanche, elle recommandait une activité professionnelle adaptée, soit non contraignante pour les genoux, permettant d'alterner les positions assises et debout, évitant les montées et descentes multiples d'échelles ou d'escaliers, les marches répétées en terrain accidenté, les agenouillements ou accroupissements et le port de charges de plus de 15 kilos répété. Une telle activité était exigible à plein temps et à rendement complet au plus tard dès le 11 janvier 2021, du fait que la guérison d'une atteinte méniscale opérée est en règle générale de huit semaines. Au vu de ces éléments, l'état de santé étant pour le surplus considéré comme stabilisé depuis fin décembre 2020, l'intimée estimait que sa propre décision devait être partiellement annulée et la cause lui être renvoyée pour examen du droit à une rente ainsi qu'à une IPAI.

#### **E. 10.4**

Dans un troisième temps, soit depuis le dépôt de la duplique du 15 juillet 2021, l'intimée considère désormais que l'évolution du genou gauche est défavorable et qu'au vu des rapports des HUG des 9 juin et 5 juillet 2021, une allogreffe et ostéotomie correctrice semblent indiquées et peuvent être prises en charge au titre de rechute. Elle estime cependant que ces éléments ne remettent pas en cause les conclusions prises dans le mémoire réponse du 5 mai 2021. Ce nouveau revirement est difficilement conciliable avec l'évolution de la situation médicale telle qu'elle ressort du dossier. En effet, le recourant n'a pas été examiné par un médecin entre son séjour à la CRR et son rendez-vous du 11 janvier 2021 auprès du Dr I\_\_\_\_\_. Or, lors de sa sortie de la CRR, son état n'était pas stabilisé et les médecins l'ont considéré comme totalement incapable de travailler durant un mois supplémentaire, puis à 50% dès le 12 janvier 2021, étant précisé que l'évolution de sa capacité de travail devrait être réévaluée par la suite. Or, comme déjà indiqué, le 11 janvier 2021, le Dr I\_\_\_\_\_ constate que les lésions aux deux genoux sont persistantes, que la situation n'est pas stabilisée mais évolutive et qu'au vu des plaintes corroborées par le status, il y a lieu de considérer le recourant comme totalement incapable de travailler. Il est en outre adressé aux HUG pour proposition de révision chirurgicale, proposition à laquelle il est donné une suite favorable en juin 2021 suite à l'examen usuel des critères médicaux relatifs à une allogreffe. Parmi ces critères, les HUG mentionnent l'évolution défavorable, malgré un long traitement par physiothérapie et un séjour à la CRR qui n'a pas eu d'effet bénéfique (cf. courrier des HUG à l'intimée du 9 juin 2021).

#### **E. 10.5**

Il ressort de ces éléments que l'évolution favorable postérieure à la sortie de la CRR, la stabilisation au statu quo ante et la rechute postérieure alléguées par l'intimée ne sont pas démontrés, n'ont pas d'assise médicale et n'ont pas fait l'objet d'examens circonstanciés et approfondis, que ce soit avant ou après la décision entreprise.

#### **E. 10.6**

Au contraire, il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est péjoré après sa sortie de la CRR. En effet, même la Dresse J\_\_\_\_\_, qui a notamment procédé à une comparaison entre les résultats des IRM du 26 août 2020 et ceux du 18 janvier 2021, a retenu une nette péjoration de l'atteinte cartilagineuse, décrite comme surprenante vu le court intervalle de temps. Ainsi, le recourant n'a pas été en mesure de recouvrer sa capacité de travail conformément à ce qui avait été anticipé initialement par l'intimée et il doit se soumettre à une allogreffe méniscale interne du genou gauche afin de tenter de mettre un terme à l'évolution défavorable dudit genou constatée tant par le Dr I\_\_\_\_\_ que par les HUG, suite à divers examens et notamment aux deux IRM du 18 janvier 2021.

#### **E. 10.7**

L'état de santé n'est donc pas stabilisé et il n'est pas non plus établi que l'état de santé du recourant lui permettait d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 50% dès le 11 janvier 2021, ni à 100% dès le 28 février 2021.

#### **E. 11**

Pour autant la chambre de céans relève que les rapports des médecins traitants attestant d'atteintes à la santé au-delà de la date de sortie de la CRR ne suffisent pas non plus à trancher la question de la capacité de travail du recourant à partir de janvier 2021, faute de contenir tous les éléments formels nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence, eu égard notamment à leur faible densité de motivation.

#### **E. 12**

L'intimée n'ayant pas suffisamment instruit la situation médicale du recourant au-delà de fin décembre 2020, il conviendra de lui renvoyer la cause, afin qu'elle mette en œuvre une expertise indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Il conviendra que celui-ci évalue l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant dès janvier 2021.

#### **E. 13**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 27 janvier 2021 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

#### **E. 14**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a 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.