



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1272/2019

ATAS/1039/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 novembre 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc LIRONI

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé en qualité de peintre en bâtiment. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Suva ou l'intimée).
2. Le 22 août 2011, l'assuré a senti un craquement et une douleur subite au genou droit en s'accroupissant, ce qu'il a signalé à la Suva dans une déclaration d'accident-bagatelle du 15 septembre suivant.
Cet événement a été enregistré par la Suva sous le numéro 1_____.
3. Une IRM du genou droit réalisée le 12 septembre 2011 a révélé des signes compatibles avec une déchirure oblique localisée au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, associée à une déchirure d'orientation oblique à hauteur du corps du ménisque interne de la jonction ménisco-capsulaire, une fissure cartilagineuse localisée s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral au niveau de la gorge trochléaire, et une hétérogénéité de l'aileron rotulien externe à son insertion sur la rotule avec infiltration sous-cutanée.
4. Le 14 novembre 2011, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a sollicité de l'intimée la garantie de prise en charge de l'arthroscopie prévue le 23 novembre suivant.
5. Selon une note d'entretien téléphonique du 22 novembre 2011, l'assuré a déclaré à la Suva qu'il se trouvait sur un chantier, assez stressé, lorsqu'il s'était accroupi pour dévisser des plinthes. Il avait entendu un craquement et avait eu tout de suite très mal. Il avait continué à travailler après avoir appliqué une éponge froide et avait porté une genouillère quelques jours. L'état de son genou s'était aggravé. Il avait déjà eu un grave accident au genou gauche.
6. Lors d'un entretien du 15 décembre 2011 avec la Suva, l'assuré a précisé qu'à la suite de deux interventions au genou gauche, il avait pris l'habitude de compenser avec le genou droit. Lors de l'événement du 22 août 2011, il ne s'était rien produit de particulier, ni chute, ni glissade. Les douleurs s'étaient aggravées depuis. Il ne lui était pas possible de s'accroupir.
7. Par décision du 20 décembre 2011, confirmée sur opposition le 24 avril 2012, la Suva a refusé la prise en charge des suites de l'événement du 22 août 2011. Elle a retenu qu'il ne s'agissait pas d'un accident et que la lésion survenue n'était pas assimilée à un accident.
8. Le 3 décembre 2012, l'assuré a subi un accident, qu'il a déclaré le 10 décembre 2012. Il était tombé d'une échelle et s'était blessé au genou droit.
9. La Suva a versé des prestations pour cet accident, auquel elle a attribué le numéro de sinistre 2_____.

10. Une IRM du genou droit du 10 décembre 2012 a révélé une fissure délaminant le cartilage sur toute son épaisseur aux dépens du tiers moyen de la gorge de la trochlée et s'étendant dans le sens cranio-caudal sur 9 mm, un épanchement intra-articulaire abondant, une minime lésion radiaire du bord libre du corps du ménisque externe, une large lésion fissuraire oblique du corps et de la corne postérieure du ménisque interne avec amputation du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne (lésion de grade 3).
11. Le 25 janvier 2013, le Dr B_____ a pratiqué une arthroscopie du genou droit. Les diagnostics étaient les suivants : re-lésion de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit (accident du 3 décembre 2012), lésion du bord libre de la partie moyenne et de la corne antérieure du ménisque externe, lésions cartilagineuses instables de 4^{ème} degré de la trochlée, adhésions fibro-cicatricielles en regard de la plica para-patellaire interne fibreuse réséquée et status six mois après la résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne et de la partie moyenne du ménisque externe (opération du 4 juillet 2012). Il a exposé que l'intervention avait consisté en une résection de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne, une résection du bord libre de la partie moyenne et de la corne antérieure du ménisque externe, une résection de *flaps* cartilagineux instables, une chondroplastie et des micro-fractures selon Steadman de la trochlée, ainsi qu'une résection des adhésions fibro-cicatricielles en regard de la plica para-patellaire interne réséquée.
12. Dans un rapport du 10 avril 2013, le Dr B_____ s'est référé aux diagnostics mentionnés dans son rapport opératoire du 25 janvier 2013. Il a noté dans l'évolution une amyotrophie et une mobilité symétrique. Des lésions arthrogènes étaient pronostiquées.
13. Dans une appréciation du 14 août 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la Suva, a examiné l'assuré. Il a notamment indiqué que ce dernier était tombé sur l'épaule droite le 25 janvier 2013, mais qu'il décrivait une évolution favorable de cette articulation. Le genou droit allait mieux, six mois après l'arthroscopie. L'assuré avait convenu avec le Dr B_____ d'une reprise de son activité à 50 % dès le 19 août suivant. Il était très prudent avec son genou depuis six mois. Il décrivait un petit craquement occasionnel après la station assise prolongée. Des douleurs survenaient après 3 km de marche. Le Dr C_____ a retenu que l'assuré avait présenté un traumatisme du genou droit associant une lésion méniscale interne et une lésion cartilagineuse, avec deux interventions successives par arthroscopie. Il a conclu à la reprise du travail. La prudence était de mise, et il y avait lieu d'éviter le port de charges dans un premier temps afin de ne pas trop solliciter le genou droit.
14. Selon une déclaration du 2 mai 2017, l'assuré avait subi le 26 avril 2017 une rechute de l'accident survenu le 3 décembre 2012 concernant son genou droit (*recte* : gauche).

15. Le 19 juin 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a qualifié le lien de causalité entre la rechute et l'événement du 3 décembre 2002 (*sic*) de vraisemblable. Il a indiqué que cet événement concernait le genou gauche.
16. Le Dr B_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 25 août 2017, régulièrement prolongée jusqu'au 31 décembre 2017.
17. Le 4 octobre 2017, le Dr B_____ a pratiqué une intervention sur le genou gauche de l'assuré. Les diagnostics posés étaient ceux de lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne, de lésion de la partie moyenne du ménisque externe, de lésion ostéocondrale de degré IV du condyle interne sur 20 x 10 mm dans un plan transverse et sur 20 x 4 mm dans un plan sagittal, de lésions cartilagineuses instables de degrés III et IV en fémoro-rotulien, de lésions cartilagineuses instables de degré II des plateaux tibiaux interne et externe, de plica para-patellaire interne fibreuse, de corps cartilagineux intra-articulaires libres et de synovite étendue.
18. Le 9 novembre 2017, l'épouse de l'assuré a communiqué à la Suva une erreur dans la déclaration d'accident. Ce dernier s'était fait opérer du genou gauche, et non du genou droit.
19. Le Dr B_____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 27 mars 2018, régulièrement prolongée jusqu'au 29 octobre suivant.
20. Le 15 mai 2018, l'employeur a adressé une déclaration de rechute à la Suva. Il a indiqué ne pas avoir de date de sinistre précise, tout en précisant que la rechute était survenue le 27 mars 2018. À la suite d'une opération en raison d'un accident, des douleurs du genou droit étaient réapparues. Il s'agissait probablement de problèmes de ménisque.
21. Par courrier du 15 juin 2018 à la Suva, le Dr B_____ a indiqué que l'évolution de l'assuré était longue depuis le 4 octobre 2017. Cependant, on constatait objectivement et subjectivement une amélioration constante ces derniers mois, de sorte qu'une reprise de travail, éventuellement à temps partiel dans la première période, était envisagée après la fin de l'été probablement, malgré la sévérité des lésions du genou gauche. L'assuré présentait également des douleurs au genou droit, qui s'étaient dégradées pendant la période post-opératoire du genou gauche. Il présentait une « re-lésion » de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne associée à des lésions cartilagineuses de degré IV en fémoro-rotulien ainsi qu'une souffrance du cartilage condylien interne dans les suites d'une résection méniscale interne de son genou droit en date du 25 janvier 2013. Il s'agissait donc d'une rechute du genou droit à la suite de l'événement du 3 décembre 2012.
22. Une IRM du genou droit du 4 octobre 2018 a mis en évidence une péjoration du status avec apparition d'une délamination du cartilage de la zone portante du condyle fémoral interne par rapport à l'IRM comparative, la zone de délamination du cartilage s'étendant sur 7 x 7 mm. Le radiologue notait la persistance d'un aspect

hétérogène et partiellement fissuraire de la corne postérieure du ménisque interne avec amputation du bord libre du corps du ménisque interne. L'IRM était par ailleurs superposable au comparatif du 27 mars 2018.

23. Dans un avis du 9 octobre 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a relevé que la rechute concernait l'événement enregistré sous numéro 11.37136.11.9 (*note de la chambre de céans* : soit l'événement du 22 août 2011). La reprise de l'activité était attendue au moins à temps partiel le 15 octobre 2018.
24. Le 10 octobre 2018, le Dr E_____ a indiqué sur la seconde page du formulaire rempli par ses soins la veille que la rechute pouvait être imputée au sinistre 11.39057.12.7 (*note de la chambre de céans* : soit l'accident du 3 décembre 2012).
25. Par courrier du 10 octobre 2018, la Suva a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge les troubles annoncés le 15 mai 2018, son médecin d'arrondissement considérant qu'ils étaient en relation avec l'événement du 22 août 2011.
26. Par courrier du 12 octobre 2018 se référant au sinistre 11.39057.12.7, la Suva a indiqué à l'assuré que le montant de l'indemnité journalière s'élevait à CHF 155.20 et qu'elle serait versée au plus tôt dès le 27 mars 2018.
27. Dans un rapport du 15 octobre 2018, le Dr B_____ a indiqué qu'une arthroscopie du genou droit était prévue le 14 novembre suivant. Il craignait la survenance de lésions arthrogènes. L'opération avait été retardée car l'assuré avait été opéré à gauche.
28. Selon une note interne du 23 octobre 2018 consécutive à un entretien téléphonique de la Suva avec le Dr E_____, la rechute concernait l'événement du 22 août 2011, pour lequel il n'y avait pas de droit aux prestations. Il convenait ainsi de refuser la prise en charge de la rechute.
29. Par décision du 23 octobre 2018, la Suva a refusé la prise en charge de la rechute, au motif qu'elle avait eu connaissance de faits nouveaux justifiant le réexamen du dossier. Selon les conclusions médicales du 9 octobre 2018, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 3 décembre 2012 et les lésions déclarées. Elle a invité l'assuré à lui restituer les indemnités journalières indûment versées à hauteur de CHF 27'160.-.
30. L'assuré, par son conseil, s'est opposé à la décision de la Suva par courrier du 23 novembre 2018. Se référant notamment à l'IRM du 4 octobre 2018, à l'avis du Dr E_____ du 10 octobre 2018 et au rapport du Dr B_____ du 15 octobre 2018, il a affirmé que la rechute survenue le 27 mars 2018 était bien liée à l'événement du 3 décembre 2012. Aucune pièce n'établissait l'existence de faits nouveaux justifiant le réexamen de son dossier.
31. Dans une appréciation du 22 janvier 2019, le Dr E_____ a souligné que le cas annoncé le 22 août 2011 concernait des fissures cartilagineuses du genou droit, et l'intervention chirurgicale qu'elles avaient entraînée avait été prise en charge par

l'assurance-maladie. Le cas du 3 décembre 2012 concernait la chirurgie méniscale du genou droit. Un nouvel événement soumis à l'appréciation du médecin d'arrondissement le 19 juin 2017 indiquait que le dossier 11.39057.12.7 concernait l'évènement du 3 décembre 2012. Les diagnostics étaient ceux de lésions cartilagineuses en zone portante du condyle fémoral interne du genou droit et de lésions séquellaires de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. L'intervention prévue par le Dr B_____ était plutôt en rapport avec les phénomènes cartilagineux pris en charge par l'assurance-maladie correspondant à l'évènement du 22 août 2011. Les éléments objectifs à disposition, en particulier l'IRM du 4 octobre 2018, montraient que l'évolution de ce genou était affectée par ces lésions cartilagineuses d'origine malade plutôt que par des lésions potentiellement post-traumatiques. Une intervention avait été prévue par le Dr B_____ en novembre 2018 et le Dr E_____ ne connaissait pas le projet thérapeutique à cette date.

32. Par décision du 27 février 2019, également notifiée à l'assureur-maladie, la Suva a écarté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

Elle a au préalable relevé que sa décision du 10 octobre 2018 n'était pas passée en force, de sorte qu'elle n'avait pas à invoquer des faits nouveaux ou son caractère manifestement erroné pour revenir sur son contenu. Elle s'est référée à l'avis du 22 janvier 2019 du Dr E_____ et à l'IRM du 4 octobre 2018. On pouvait se demander si les troubles mis en exergue à l'IRM du 10 décembre 2012 n'étaient pas d'origine dégénérative plutôt que traumatique, et si le versement de prestations en cas d'accident pour le sinistre du 3 décembre 2012 et la rechute du 26 avril 2017 s'avérait justifié.

33. L'assuré a interjeté recours contre la décision du 27 février 2019 par écriture du 29 mars 2019. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi de l'effet suspensif s'agissant à tout le moins de la demande de restitution des indemnités journalières déjà versées ; à la comparution personnelle des parties ; à la production par l'intimée de l'appréciation du Dr E_____ du 22 janvier 2019 ; à l'audition du Dr B_____ ; à ce qu'il soit ensuite autorisé à compléter son recours ; et principalement à l'annulation de la décision ; à l'annulation de la demande de restitution des indemnités journalières ; à la confirmation de la prise en charge du cas dès le 27 mars 2018 ; et à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de reprendre le versement des indemnités journalières dès le mois de septembre 2018 ; et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction avec nouvel examen médical, voire expertise et nouvelle décision sur opposition.

Le recourant a souligné que contrairement aux conclusions du 10 octobre 2018 du Dr E_____, l'intimée avait annoncé par pli du 10 octobre 2018 qu'elle prendrait en charge les troubles de son genou droit apparus le 27 mars 2018. Son revirement n'était justifié par aucune pièce nouvelle. Sa décision sur opposition était incompréhensible. Elle indiquait se rallier aux conclusions du Dr E_____, sans préciser de quelles conclusions il s'agissait. Or, ce médecin n'avait pas dit que la

rechute du 27 mars 2018 n'était pas liée à l'événement du 3 décembre 2012, au contraire. Ses conclusions du 22 janvier 2019 étaient en outre inconnues du recourant. L'intimée n'aurait pas dû nier le droit aux prestations au vu du constat du Dr B_____. Le recourant lui a reproché d'avoir constaté les faits de manière inexacte. Elle avait multiplié les incohérences en rendant deux décisions (*sic*) contradictoires les 10 et 12 octobre 2018. Elle n'avait pas motivé l'existence de faits nouveaux, dont le recourant ignorait la teneur.

34. Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a souligné qu'il incombait aux assurés d'établir au degré de vraisemblance prépondérante l'existence d'un rapport de causalité entre des troubles et un accident, et qu'ils supportaient l'absence de preuves sur ce point. En l'occurrence, l'intimée avait nié l'existence d'un tel lien entre les troubles au genou droit dès le 27 mars 2018 et l'accident du 3 décembre 2012, en se fondant sur l'avis du 24 janvier 2019 du Dr E_____. Elle s'est en outre référée à l'appréciation des 26 et 27 juin 2019 des docteurs F_____ et G_____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et médecins auprès de l'intimée, qu'elle a produite à l'appui de son écriture. Cette appréciation ne reposait pas sur des constatations incomplètes et inexactes, et il n'y avait ainsi pas lieu de s'écarter de ses conclusions. L'intimée a allégué qu'on ne pouvait retenir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité entre les lésions au genou droit annoncées en mars 2018 et l'accident du 3 décembre 2012. Sa décision n'était ainsi pas critiquable.

Dans l'appréciation jointe à l'écriture de l'intimée, les Drs F_____ et G_____ ont résumé les antécédents du recourant.

Ils ont noté s'agissant du sinistre du 3 décembre 2012 que le genou droit avait bénéficié d'une intervention le 4 juillet 2012 avec résection partielle des deux ménisques, dont le compte-rendu ne figurait pas dans les pièces communiquées. Si on comparait les IRM du 12 septembre 2011 et du 10 décembre 2012, on notait que le problème essentiel de ce genou était l'atteinte arthrosique au niveau de la fémoro-rotulienne externe, évolutive et plus étendue en décembre 2012 que lors du premier examen. Une opération arthroscopique avait été réalisée le 25 janvier 2013. Il s'agissait du seul rapport opératoire disponible concernant ce genou droit. Il retenait la présence de lésions méniscales réséquées. Le problème majeur était toutefois situé au niveau de l'articulation fémoro-rotulienne, avec un cartilage présentant des lésions de degré IV. Des fragments cartilagineux instables étaient réséqués, ainsi que des micro-fractures pratiquées. Le cartilage de la rotule en miroir semblait en bon état. Ce rapport indiquait que le genou présentait un status post-chondroplastie d'une lésion cartilagineuse de degré II de la rotule en zone centrale toutefois, sans en préciser la date. Le 15 mai 2018, une rechute concernant l'accident de décembre 2012 était annoncée. Une IRM de ce genou droit du 4 octobre 2018 confirmait le mauvais état du cartilage au niveau de la trochlée concernant la fémoro-rotulienne externe, mais également l'atteinte cartilagineuse du compartiment interne, en augmentation par

rapport à l'IRM du 27 mars 2018. Ceci traduisait une progression de l'atteinte arthrosique, en particulier au niveau du condyle fémoral interne. Les médecins de l'intimée ont souligné que selon le rapport opératoire du 25 janvier 2013, le cartilage fémoro-tibial interne ne présentait pas de lésion significative. Cette progression des lésions dégénératives au niveau du compartiment interne était favorisée par les deux résections partielles méniscales à ce niveau. La lecture du dossier illustre par la suite une certaine confusion, voire une incertitude si l'on se référait aux avis du Dr E_____, dont la position traduisait une certaine ambivalence qui reflétait parfaitement la situation orthopédique. Si l'on tenait compte de l'évolution de 2011 à 2018, il apparaissait évident que le problème essentiel du genou droit était l'état précaire du cartilage, qui se traduisait par une arthrose de nature évolutive, d'autant plus que le recourant avait un travail physiquement contraignant et présentait une certaine surcharge pondérale. Les premiers signes d'usure étaient déjà clairement visibles sur la première IRM à disposition du 12 septembre 2011. Il fallait toutefois noter que sur cette première IRM et lors de la deuxième arthroscopie de 2013, les structures cartilagineuses au niveau du compartiment interne étaient encore intègres. Malheureusement, le rapport opératoire du 4 juillet 2012 n'était pas à disposition, et les Drs G_____ et F_____ n'étaient pas informés de l'ampleur du geste chirurgical.

En conclusion, compte tenu de la nature des lésions, de la chronologie et de l'ampleur des gestes chirurgicaux ainsi que de l'évolution de l'état du cartilage, et considérant que l'arthrose était évolutive et favorisée par des mises à contribution accrues, une impotence en tout cas passagère du genou controlatéral ainsi que la situation méniscomprive, il n'était du point de vue orthopédique pas possible d'attribuer les troubles actuels du genou droit à un degré de vraisemblance prépondérante à un des deux sinistres. Le lien de causalité entre la rechute du 27 mars 2018 et l'événement du 22 août 2011 était possible sans plus. Il était également possible, sans plus, avec l'événement du 3 décembre 2012.

35. Par arrêt incident du 29 juillet 2019 (ATAS/677/2019), la chambre de céans a confirmé le retrait de l'effet suspensif de recours, hormis en tant qu'il portait sur l'obligation de restituer les indemnités journalières versées à hauteur de CHF 27'160.-, et a réservé la suite de la procédure.
36. Dans sa réplique du 8 août 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a allégué que c'était à tort que les Drs F_____ et G_____ affirmaient que le problème essentiel de son genou droit était l'état précaire du cartilage. Il sollicitait l'audition du Dr B_____ sur ce point. Les Drs F_____ et G_____ avaient mentionné la confusion du dossier et l'absence du rapport opératoire du 4 juillet 2012. La structure lésée, soit la corne postérieure du ménisque interne, était celle dont le traitement avait été pris en charge à l'époque par l'intimée.
37. Par écriture du 29 août 2019, l'intimée a renoncé au dépôt d'une duplique.

38. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 30 août 2019.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations pour accident en lien avec les troubles du genou qu'il présente depuis le 27 mars 2018, et dans la négative sur son obligation de restituer les indemnités journalières versées par l'intimé.
4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales. 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.1). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est

dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la loi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a toutefois pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1).

5. Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

En cas de rechute, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. C'est ici l'occasion de rappeler que le simple fait que des symptômes surviennent après un accident ne suffit pas à établir qu'ils en sont la conséquence. Admettre un lien de causalité dans un tel cas reviendrait en effet à se fonder sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne suffit pas à établir l'existence de ce lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

6. Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance prépondérante, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/05 du 13 juin 2006 consid. 4.1). À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré

de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n°U 275 p. 191 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 250/04 du 3 mai 2005 consid. 1.2).

Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3 et U 50/99 du 28 juin 2001 consid. 3a).

Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1). En effet, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). En cas de doute, il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

8. En l'espèce, force est de constater que la motivation de la décision de l'intimée du 23 octobre 2018 est pour le moins lacunaire.

Sur le fond, on notera que l'avis initial du Dr E_____ du 9 octobre 2018, ayant fondé la négation du droit aux prestations, a été contredit par les indications de ce même médecin datées du lendemain. Ces deux avis consistent chacun en une phrase apposée sur un formulaire, sans aucune motivation. À l'évidence, ils ne suffisent pas à confirmer ou infirmer au degré de la vraisemblance prépondérante le droit du recourant à des prestations. Il est du reste surprenant que ce médecin ait opéré une telle volte-face sans s'en expliquer, même succinctement.

Quant à la prise de position du Dr E_____ du 23 janvier 2019, ayant conduit l'intimée à rejeter l'opposition, elle se fonde sur des différences alléguées entre les interventions consécutives respectivement à l'événement du 22 août 2011 – qui ne constituait pas un accident selon la décision entrée en force de l'intimée – et à l'accident de décembre 2012. Le Dr E_____ affirme en effet que la première traitait avant tout des fissures cartilagineuses alors que la seconde portait sur le ménisque. Or, les lésions révélées par l'IRM de septembre 2011 évoquent tant une déchirure du ménisque qu'une fissure cartilagineuse. Tel est également le cas de l'IRM réalisée dans les suites de l'accident de décembre 2012. L'IRM du 4 octobre 2018 a également mis en évidence une délamination du cartilage et la persistance d'un aspect fissuraire du ménisque. Selon le rapport opératoire de janvier 2013, les gestes chirurgicaux ont porté tant sur les structures méniscales que cartilagineuses, puisqu'ils impliquaient notamment une chondroplastie et une résection de *flaps* cartilagineux. Par ailleurs, ni le compte-rendu opératoire de l'arthroscopie consécutive à l'événement non pris en charge d'août 2011, ni celui de novembre 2018 ne figurent au dossier constitué par l'intimée, et le Dr E_____ admet lui-même ignorer le projet thérapeutique en 2018. Cela démontre d'une part que l'avis de ce médecin n'a pas été émis après étude du dossier complet. D'autre part, dans ces circonstances et en l'absence de toute autre motivation, on comprend

mal à quels éléments objectifs le Dr E_____ se réfère pour conclure à une évolution et une intervention essentiellement liée aux problèmes de cartilage, ce qui permettrait de rattacher selon lui les troubles du genou à un événement non pris en charge par l'intimée. Il ne peut en particulier pas tirer argument de l'intervention liée au sinistre 11.39057.12.7, qui concerne en réalité le genou gauche et non le genou droit du recourant. Partant, l'avis du médecin d'arrondissement n'emporte pas la conviction.

L'appréciation des Drs F_____ et G_____ ne suffit pas à pallier les carences du rapport précité du Dr E_____.

D'une part, ils admettent que la progression des lésions dégénératives du genou est favorisée par les deux interventions pratiquées au genou – soit également celle dont la prise en charge incombe à l'intimée. D'autre part, ils n'ont pas non plus eu accès à l'ensemble du dossier, puisqu'ils ne disposaient notamment pas du rapport opératoire de juillet 2012, ni de celui relatif à la chondroplastie que le recourant a subie dans le passé selon le Dr B_____ – si tant est qu'il s'agit d'une intervention distincte de celle de juillet 2012, ce que la lecture du dossier ne permet pas de déterminer.

Ainsi, à l'instar de la prise de position du Dr E_____, l'avis des Drs F_____ et G_____ ne se fonde pas non plus sur l'étude du dossier complet du recourant, ce qui suffit à nier sa valeur probante. Il est du reste significatif que ces médecins aient souligné l'« ambivalence » et la confusion du dossier orthopédique du recourant.

9. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimée n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art, se contentant d'avis émis sur la base de l'étude d'un dossier incomplet.

Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction en rassemblant l'ensemble du dossier médical du recourant, puis en diligentant une expertise, qu'elle confiera à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Elle devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise.

Eu égard à l'issue du litige, la chambre de céans ne mettra pas en œuvre les mesures probatoires requises par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1),

10. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à une indemnité de procédure, qui sera fixée à CHF 2'000.-
(art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 27 février 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le