RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/159/2020 **ATAS/654/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER	recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaille depuis le 1er mars 2008 en qualité de parqueteur auprès de la société B_____ SA. À ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et les accidents non professionnels auprès de la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

2. Le 8 février 2017, l'assuré a été victime d'un accident. En descendant d'une échelle, il a raté la dernière marche et s'est blessé au genou gauche en se réceptionnant.

3. L'assuré n'a pas immédiatement consulté de médecin, se soignant en automédication.

4. Durant l'été 2017, l'assuré a consulté un médecin au Portugal, lequel a préconisé une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM).

   L'IRM, réalisée le 4 août 2017, a mis en évidence une lésion radiaire du ménisque interne dans sa partie postérieure.

5. L'assuré a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, le 7 novembre 2017. Dans une note du même jour, ledit médecin a relevé que l'assuré pensait au départ que ses douleurs au genou passeraient, mais il boitait toujours, ne pouvait pas plier la jambe et avait mal dans les escaliers. Il a posé le diagnostic de méniscopathie médiale post traumatique à gauche ; l'IRM effectuée en août 2017 avait conclu à une lésion méniscale dégénérative. Il préconisait une infiltration paraméniscale.

6. Le 8 novembre 2017, l'assuré a finalement annoncé le sinistre à la SUVA par le biais d'une déclaration d'accident-bagatelle, indiquant avoir souffert d'une contusion au genou.

7. Par courrier du 9 novembre 2017 adressé au Dr C_____, la SUVA a confirmé la prise en charge du traitement médical.

8. Une infiltration sous écho-guidage du mur postéro-médial du ménisque gauche avec Lidocaïne et Diprophos a été effectuée le 27 novembre 2017 par le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie.

9. Selon une note du Dr C_____ du 19 décembre 2017, l'assuré avait constaté, quelques heures après l'infiltration, une rapide amélioration. Cependant, les douleurs revenaient un peu depuis une semaine.

10. Dans une note du 12 juin 2018, le Dr C_____ a relevé que la douleur persistait sur le genou gauche malgré les médicaments. Un avis chirurgical serait demandé au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

11. Dans un rapport du 11 juillet 2018, le Dr E_____ a posé les diagnostics de membres inférieurs en varus et atteinte méniscale du ménisque interne du genou gauche.

    Les examens cliniques mettaient en évidence des membres inférieurs en varus à quatre travers de doigts, et l'absence de trouble neurovasculaire. Le status cutané du genou gauche était sans particularité, il ne présentait pas d'épanchement intra articulaire, une mobilité en flexion-extension à 120-0-0, une bonne stabilité dans le plan coronal et sagittal. Le varus était réductible. La palpation de l'interligne articulaire médial était sensible en postéro médial et les tests méniscaux étaient positifs pour le ménisque interne. L'IRM du genou gauche mettait en évidence une atteinte de grade II du ménisque interne du genou gauche.

    Depuis l'événement de février 2017, l'assuré se plaignait de douleurs récurrentes du versant médial du genou, qui étaient typiquement mécaniques, et qui étaient accompagnées de sensation de pseudo blocage. Il convenait d'effectuer un bilan radiologique complémentaire pour décider de la suite de la prise en charge.

12. Une nouvelle IRM du genou gauche a été effectuée le 27 août 2018 par la doctoresse F_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une méniscopathie interne avec lésion de grade II et déchirure radiaire partielle de la corne postérieure.

13. Dans un nouveau rapport du 3 septembre 2018, le Dr E_____ a indiqué que la dernière IRM montrait la présence de multiples atteintes du ménisque interne ; le bilan radiologique des longs axes mettait en évidence un membre inférieur en varus à 8°. Il pensait qu'il y avait donc deux composantes à ses douleurs internes : la première était la lésion méniscale, et la seconde était la surcharge liée à son membre inférieur en varus. Une prise en charge chirurgicale par arthroscopie permettrait de traiter sa lésion méniscale associée à une ostéotomie de valgisation pour corriger l'axe du membre inférieur. En l'état, le Dr E_____ conseillait la poursuite d'un traitement conservateur, l'assuré ne présentant pas de grande limitation fonctionnelle. Si les symptômes devaient se péjorer, il conviendrait de discuter des options thérapeutiques.

14. Le 19 octobre 2018, l'assuré a annoncé à la SUVA, par le biais de son employeur, une rechute survenue le 17 juillet 2018 en montant les escaliers.

15. Dans un rapport LAA pour rechute du 30 octobre 2018, le Dr C_____ a indiqué n'avoir pas vu l'assuré depuis le 12 juin 2018. Il avait demandé un avis chirurgical au Dr E_____.

16. Dans un rapport du 16 janvier 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré, en se basant sur le rapport du Dr E_____ du 3 septembre 2018, que l'on n'était a priori pas en présence d'une rechute de l'événement, la cause prépondérante étant l'arthrose. Il convenait qu'il dispose des documents radiologiques et de l'IRM pour se prononcer de manière définitive.

17. Dans un rapport du 19 février 2019, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré se plaignait depuis le début 2019 d'une aggravation progressive des douleurs d'ordre mécanique au genou gauche avec sensations de blocage, provoquant maintenant une importante limitation fonctionnelle. Afin de lui permettre une récupération complète, il suggérait de procéder à une arthroscopie visant la correction de la lésion méniscale associée à une ostéotomie de valgisation du tibia proximal.

18. L'employeur de l'assuré a adressé une nouvelle déclaration d'accident à la SUVA le 19 mars 2019, faisant état d'un sinistre survenu le 8 février 2019 : l'assuré était « tombé sur un ravin en essayant d'accéder à l'avant de sa voiture ». Il s'était blessé au genou gauche et avait été en arrêt de travail du 8 au 17 février 2019.

    Dans le courriel d'accompagnement, l'employeur précisait que l'assuré allait se faire opérer le lendemain en raison de l'accident et qu'il serait en arrêt en travail durant deux mois.

19. Un nouveau dossier a été ouvert à la SUVA à la suite de cette seconde déclaration d'accident.

20. Le 20 mars 2019, le gestionnaire du dossier auprès de la SUVA a soumis le cas de l'assuré à la médecine des assurances, demandant à son médecin-conseil de se prononcer rapidement sur les questions de savoir si l'on était en présence d'une rechute de l'événement du 8 février 2017 et si l'atteinte à la santé nécessitant l'opération était imputable à l'événement avec un degré de vraisemblance prépondérante.

21. Par courrier du 22 mars 2019, la SUVA, se référant à un avis médical de son médecin d'arrondissement du 20 mars 2019, a informé l'assuré de son refus de reconnaître une rechute à compter du mois de juillet 2018, l'état de santé tel qu'il aurait été sans le sinistre du 8 février 2017 devant être considéré comme atteint deux mois après l'événement au plus tard. La prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical relevait de la compétence de l'assurance-maladie.

22. Par courrier du 25 mars 2019, la SUVA a indiqué à l'employeur de l'assuré ne pas pouvoir se prononcer sur le droit aux prestations d'assurance en lien avec le nouveau cas du 8 février 2019, devant procéder à certaines mesures d'instruction.

23. Par courriel du même jour, l'employeur de l'assuré a répondu à une demande de la SUVA relative à l'intervention projetée, indiquant que celle-ci n'avait pas pu avoir lieu en raison de son refus de prise en charge.

24. En réponse, la SUVA a indiqué le 1er avril 2019 à l'employeur de l'assuré que le dossier n'avait pas été refusé, mais qu'elle n'avait simplement pas pu statuer car elle n'avait aucun élément médical en sa possession.

25. Dans un rapport initial LAA du 10 avril 2019, le docteur H_____, spécialisé en médecine interne, a indiqué avoir vu l'assuré le 8 février 2019 à la suite de son accident du même jour. Il a retenu le diagnostic de déchirure du ménisque interne

gauche, qu'il a traitée par Dafalgan, Voltaren et Tramal. L'assuré avait été en incapacité de travail du 8 au 14 février 2019.

26. Par courrier du 18 avril 2019, l'assuré, représenté par son conseil, a invité la SUVA à lui notifier une décision formelle avec indication des voies de droit. Il s'étonnait par ailleurs du courriel adressé à son employeur et du fait qu'un deuxième dossier ait été ouvert par la SUVA.

27. Dans un rapport du 29 avril 2019, le Dr E_____ a sollicité la prise en charge par la SUVA d'une arthroscopie du genou, associée à une ostéotomie de valgisation pour permettre une décharge mécanique du compartiment fémoro-tibial interne ; cette chirurgie avait été planifiée en mars 2019 mais elle avait dû être annulée faute de garantie de prise en charge donnée par la SUVA. La symptomatologie de l'assuré était pourtant d'origine accidentelle et ce dernier était encore en arrêt de travail.

28. Par lettre du 22 mai 2019, la SUVA a contesté l'existence d'un lien de causalité entre l'événement dommageable du 8 février 2019 et les troubles déclarés au genou gauche. Par ailleurs, les troubles actuels n'étaient pas des suites de l'événement du 8 février 2017. Elle ne pouvait donc pas allouer de prestations d'assurance.

29. Dans une première décision du 27 mai 2019, la SUVA a refusé de prendre en charge la rechute du 19 octobre 2018, réfuté tout droit à d'autres prestations d'assurance et mis fin au versement des prestations d'assurance reçues (indemnités journalières et frais de traitement). En effet, selon l'avis du 20 mars 2019 de son médecin d'arrondissement, les troubles subsistant au-delà du 17 juillet 2018 n'étaient plus dus au sinistre. L'état de santé tel qu'il aurait été sans le sinistre pouvait être considéré comme atteint deux mois après l'événement au plus tard. La prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical ne relevait plus de la compétence de l'assurance-accidents, mais de l'assurance-maladie.

30. Par seconde décision du même jour, la SUVA a refusé d'allouer des prestations d'assurance en lien avec l'événement du 8 février 2019, aucun lien de causalité certain ou probable ne pouvant être établi entre ledit événement et les troubles déclarés au genou gauche. Ces troubles n'étaient par ailleurs pas des suites de l'événement du 8 février 2017 (premier dossier ouvert).

31. Par courrier du 28 mai 2019, le conseil de l'assuré a demandé à la SUVA le rapport de son médecin-conseil du 20 mars 2019, lequel ne figurait pas au dossier alors qu'il était cité dans le courrier du 22 mars 2019, ainsi que dans la détermination de son médecin-conseil faisant suite à la soumission du cas en date du 10 mai 2019.

32. L'assuré a formé opposition à l'encontre des décisions précitées le 27 juin 2019, concluant à leur annulation et à la prise en charge de la rechute (traitement médical, arthroscopie et indemnités journalières) dès le 18 juillet 2018 (voire même le 12 juin 2018) ainsi que du traitement médical du 8 février 2019 et de l'arrêt médical qui s'en est suivi.

Il avait été victime d'une déchirure radiaire partielle de la corne postérieure du ménisque interne dans sa partie postérieure, de grade II. Il s'agissait d'une lésion assimilée et c'était donc à tort que la SUVA avait refusé la prise en charge de la rechute et de l'arthroscopie. S'agissant de l'accident du 8 février 2019, il peinait à comprendre pourquoi la SUVA refusait d'intervenir, dans la mesure où celui-ci n'avait fait qu'aggraver passagèrement un état préexistant résultant de l'accident de février 2017. À la lecture des dossiers, il constatait une certaine confusion entre les deux accidents.

33. Dans une appréciation du 26 juillet 2019, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu que les éléments du dossier ne permettaient pas de retenir une causalité entre le nouvel événement annoncé et celui du 8 février 2017. Il a rappelé que l'assuré présentait une problématique de type arthrosique pour laquelle une intervention chirurgicale avait été proposée par le Dr E_____ (ostéotomie de valgisation). Il convenait de se référer à l'avis du Dr G_____ du 20 mars 2019.

34. Dans un avis du 21 novembre 2019, le Dr G_____ a retenu les diagnostics de traumatisme du genou avec entorse du ligament latéral interne initiale, et traumatisme du compartiment fémoro-tibial interne sur lésion méniscale dégénérative.

    Selon l'IRM du 4 août 2017, l'assuré avait incontestablement présenté un traumatisme d'impaction du compartiment interne avec réaction sur cette impaction à la fois méniscale et du ligament latéral interne. Ce ménisque interne présentait des signes dégénératifs avec une lésion radiaire à ouverture inférieure partielle. Les parqueteurs étaient en effet très exposés aux lésions méniscales dégénératives par hyperpression de par leur position agenouillée comprimant la partie postérieure des compartiments des genoux. Les images étaient ainsi celles de lésions dégénératives chez un homme de 45 ans mettant régulièrement en compression le compartiment fémoro-tibial interne sur un morphotype en genu varum dont l'essentiel du geste proposé était l'ostéotomie tibiale, compte tenu de la gêne de l'assuré et de son morphotype en genu varum dans un genou exposé sans cesse à la compression du compartiment fémoro-tibial interne. Le geste de suture méniscale dans ce contexte et à 47 ans était hasardeux s'agissant des chances de succès, et pour ce faire l'ostéotomie tibiale était indispensable. Cela montrait que la composante constitutionnelle constituait un élément majeur d'appréciation.

    La déchirure radiaire montrait clairement, dans sa morphologie et dans son évolution, un caractère dégénératif avec des lésions horizontales, une extrusion latérale du ménisque, et des contours flous et intra méniscaux de la lésion radiaire. Le statu quo ante était fixé à deux mois après l'événement, soit le 8 avril 2017.

35. Par décision sur oppositions du 25 novembre 2019, la SUVA a rejeté les oppositions de l'assuré.

S'agissant de l'événement du 8 février 2017, la SUVA avait admis l'existence d'un accident et servi des prestations à ce titre. On ne pouvait dès lors appliquer a posteriori la disposition relative aux lésions assimilées. Une application stricte de cette disposition aurait même incité la SUVA à refuser d'allouer des prestations, le ménisque du genou gauche montrant un aspect massivement dégénératif.

Quant à l'événement du 8 février 2019, il n'avait entraîné aucune lésion fraîche, de nature traumatique, de sorte qu'il n'y avait pas de motif de se départir de l'avis du Dr I_____ du 26 juillet 2019.

Il convenait donc de reconnaître l'absence de lien de causalité entre les troubles au genou gauche présentés par l'assuré et les événements des 8 février 2017 et 2019.

Dans son appréciation du 21 novembre 2019, le Dr G_____ avait relevé que les parqueteurs, comme les carreleurs, étaient extrêmement exposés dans leur métier aux lésions méniscales dégénératives par hyperpression lorsqu'ils s'agenouillaient et comprimaient ainsi la partie postérieure des compartiments des genoux et en particulier en postéro-interne. La question de déterminer si ces dégénérescences méniscales avaient une étiologie professionnelle dépassait à l'évidence l'objet du litige. La problématique de la maladie professionnelle méritait une instruction de la part de la SUVA avec, à la clé, une appréciation médicale émanant d'un spécialiste en médecine du travail.

36. Une intervention a été pratiquée le 19 décembre 2019 par le Dr E_____, à savoir une arthroscopie du genou gauche, une suture du ménisque interne du genou gauche et une ostéotomie de valgisation du tibia proximal et fixation à l'aide d'une plaque TomoFix. À cette fin, l'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital de la Tour jusqu'au 23 décembre 2019.

37. Le 13 janvier 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant préalablement à l'octroi d'un délai pour la production d'un rapport complémentaire et à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, et, principalement, à l'annulation de la décision querellée, à ce qu'il soit dit que les lésions présentées engageaient la responsabilité de la SUVA au-delà du 26 novembre 2017 et à ce que celle-ci soit condamnée à verser les prestations dues pour les suites de l'événement du 8 février 2019.

L'intimée avait reconnu l'existence de l'accident du 8 février 2017, mais retenu, en s'appuyant sur le rapport du Dr G_____ du 21 novembre 2019, que le statu quo ante devait être fixé à deux mois après l'accident. Or, le Dr G_____ avait constaté à la lecture de l'IRM réalisée le 4 août 2017, soit près de six mois après l'accident, que le recourant présentait un traumatisme du genou. Il était donc contradictoire de retenir un statu quo ante à deux mois de l'événement. Par ailleurs, le Dr G_____ n'avait pas examiné le mécanisme accidentel et la possibilité que l'accident ait

entraîné des lésions structurelles. On ne pouvait dès lors accorder une quelconque valeur probante du rapport du Dr G_____.

S'agissant de l'événement du 8 février 2019, l'intimée n'avait alloué aucune prestation d'assurance, alors qu'il s'agissait bien d'un accident et que les suites médicales, soit la consultation au Centre médical de Vermont, les médicaments prescrits et l'arrêt de travail pour la période allant du 9 au 14 février 2019, en étaient des conséquences directes. La question d'une aggravation, temporaire ou non, de l'état antérieur aurait également dû être examinée.

38. Dans un rapport du 3 février 2020, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine du travail et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'il convenait d'examiner la présence d'un éventuel lien de causalité entre cette lésion dégénérative du ménisque interne du genou gauche et l'activité de parqueteur. À cette fin, une enquête devait être faite auprès de l'assuré afin de préciser ses antécédents professionnels, ses antécédents personnels, familiaux et médicaux, l'ensemble des activités effectuées par l'assuré, y compris celles effectuées antérieurement à son séjour en Suisse, et ses autres activités, tels les loisirs actuels et antérieurs. Le Dr J_____ allait également effectuer une enquête sur le poste de travail auprès de l'employeur.

39. Le 24 février 2020, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport circonstancié du 13 février 2020 du docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel soutenait que la déchirure radiaire était en lien de causalité naturelle avec l'accident de février 2017.

Dans son rapport, le Dr K_____ a constaté, en comparant les images des IRM effectuées en 2017 et 2018, que la déchirure radiaire s'était élargie ; elle était manifestement plus visible en 2018. Il a également constaté un signal méniscal homogène en 2017 et 2018, démontrant que la déchirure s'était produite en tissu méniscal sain. Par ailleurs, il y avait sur la portion médiale du ménisque des altérations du signal qui pouvaient être qualifiées de dégénératives, mais elles n'étaient pas parties prenantes de la déchirure radiaire. De surcroît, les images des IRM permettaient de constater la conservation du cartilage tibial et fémoral du compartiment interne, alors qu'une arthrose aurait impliqué la perte d'épaisseur du cartilage.

S'agissant des membres inférieurs en varus présentés par le recourant, cette morphologie était, selon le Dr K_____, vraisemblablement responsable des images de lésion dégénérative périphérique, mais le site de la déchirure radiaire n'était pas localisé au niveau de la lésion dégénérative. La déchirure radiaire était donc nouvelle.

Ce n'était pas les lésions dégénératives de la corne moyenne du ménisque interne, à distinguer de la lésion radiaire de la corne postérieure, qui avaient motivé ou fait l'objet de l'opération de décembre 2019. Celle-ci avait été effectuée en relation directe avec la déchirure radiaire de la corne postérieure, et il s'agissait selon le

Dr K_____ de la gestion la plus efficace pour protéger le compartiment du ménisque interne, car une résection méniscale générait la quasi-certitude d'une aggravation rapide. La pathologie du genou et son traitement découlaient donc de l'événement traumatique initial.

40. Le recourant a été entendu à son domicile par la SUVA le 24 février 2020.

S'agissant de son parcours professionnel, le recourant a décrit ses activités passées, lesquelles n'avaient jamais impliqué de travail à genou ou accroupi. Il n'avait jamais souffert de douleurs au genou gauche ou droit par le passé.

Il exerçait l'activité de parqueteur depuis onze ans. Ses douleurs au genou gauche avaient débuté à la suite de l'accident du 8 février 2017. Il n'avait pas d'autres antécédents, en accident ou en maladie. Personne d'autre dans sa famille ne souffrait de douleurs aux genoux. Il ne faisait pas d'activité physique particulière, ni de sport.

41. L'intimée a répondu au recours 1er mai 2020, concluant à son rejet.

a. Elle avait soumis le dossier à la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie, du centre de compétences de médecine des assurances, laquelle confirmait l'appréciation du Dr G_____ selon laquelle l'accident de 2017 avait décompensé passagèrement un état méniscal interne préexistant et, passé un délai de deux mois, cet événement avait cessé de déployer ses effets. L'appréciation de la Dresse L_____ était convaincante, détaillée et s'appuyait sur la littérature médicale, de sorte qu'il convenait de lui reconnaître pleine valeur probante. L'intimée était donc en droit de refuser de servir des prestations au-delà du 26 novembre 2017. Quant à l'événement du 8 février 2019, il ne pouvait en tant que tel motiver le versement de prestations, dès lors qu'à l'évidence, il n'avait entraîné strictement aucun trouble pouvant lui être rapporté.

b. Dans son appréciation du 14 avril 2020, la Dresse L_____ a retenu que le recourant présentait une atteinte méniscale complexe avec subluxation méniscale objectivée sur les deux IRM du genou gauche, mais aussi une chondrocalcinose interne importante visualisée sur les radiographies du genou gauche réalisées en août 2018. La chondrocalcinose articulaire était définie par la présence de dépôts de cristaux de pyrophosphate de calcium dans les articulations. Elle restait très souvent asymptomatique, mais pouvait être associée à plusieurs formes d'arthropathies. Le recourant n'avait pas 50 ans au moment de l'accident, mais il présentait un genu varum, une chondrocalcinose et il subissait régulièrement des microtraumatismes dans le cadre de son métier (échelle, terrain accidenté, agenouillements, etc.), sans oublier un passé de football (durant lequel il avait subi une fracture du tibia droit), le tout privilégiant les atteintes méniscales par usure. Il était évident que le ménisque interne chez le recourant n'était plus sain lorsqu'il avait subi les deux événements de 2017 et 2019. Le radiologue avait d'ailleurs décrit une méniscopathie interne de grade II. Ce même radiologue avait décrit une atteinte radiaire de la corne postérieure, atteinte a priori post-traumatique chez les sujets

jeunes ; cependant, en présence d'une usure avancée telle qu'une subluxation – comme chez le recourant – il était fort probable que cette atteinte radiaire méniscale interne n'était pas post-traumatique, et n'était donc une séquelle ni de l'événement de 2017, ni de celui du 2019. De surcroît, au vu du fait que le recourant avait repris sans délai son activité professionnelle éprouvante pour les genoux, que la première investigation IRM n'avait été réalisée qu'en août 2017, que l'indication opératoire posée au Portugal n'avait motivé une consultation chez un spécialiste en Suisse qu'en juillet 2018, que ce chirurgien n'avait pas estimé nécessaire d'intervenir immédiatement (le recourant ne présentant pas de grande limitation fonctionnelle) et qu'il avait fallu ensuite quatre mois pour que le recourant reconsulte le chirurgien et ce après un nouvel événement, une décompensation déterminante entraînée par l'événement de 2017 était tout au plus possible. Quant à l'événement de 2019, il n'y avait pas au dossier d'arguments pour évoquer une décompensation déterminante.

Enfin, la Dresse L_____ contestait l'appréciation du Dr K_____, selon laquelle le signal du ménisque était homogène et que la déchirure se serait produite en tissu méniscal sain : les radiographies démontraient au contraire l'existence d'une méniscose / méniscopathie. Par ailleurs, le Dr K_____ mentionnait la présence d'une extrusion / luxation, alors que celle-ci n'était aucunement post-traumatique mais la conséquence d'une dégénérescence du ménisque. Elle était enfin surprise qu'une suture méniscale soit envisagée sur un terrain de chondrocalcinose et de dégénérescence. L'ostéotomie de valgisation consistait en une correction de l'axe des genoux – genu varum – qui n'avait rien à voir avec les événements de 2017 et 2019 ; ce genu varum, congénital, était par ailleurs bilatéral chez le recourant. Le Dr K_____ n'apportait donc aucun argument permettant de s'écarter des conclusions du Dr G_____ et des siennes.

42. Le recourant a répliqué dans un délai prolongé au 17 août 2020, persistant dans ses conclusions.

a. Il avait demandé au Dr E_____ les images de l'arthroscopie réalisée en décembre 2019, mais celles-ci n'étaient pas disponibles. Il avait donc sollicité l'avis du Professeur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait assisté le Dr E_____ lors de ladite opération. Dans un courrier du 13 juillet 2020 joint à la réplique, le Prof. M_____ a indiqué que le recourant présentait une déchirure radiaire du ménisque interne de son genou gauche qu'il avait suturée avec le Dr E_____. Cette lésion traumatique justifiait le geste de suture dans l'idée de sauvegarder du tissu méniscal postérieur. Ce genou présentait par ailleurs des signes de souffrance de son compartiment interne au niveau cartilagineux et méniscal, visibles sur les clichés radiologiques standards : pincement fémorotibial, et calcification et extrusion partielle de la partie moyenne du ménisque. Cette zone de calcification méniscale s'appelait aussi chondrocalcinose. Le recourant présentait un début de

gonarthrose fémorotibiale interne gauche qui s'était décompensée lors d'un traumatisme causant la déchirure radiaire de son ménisque interne.

b. Selon le recourant, force était de constater que ni le Dr G_____, ni la Dresse L_____ n'avaient examiné le mécanisme accidentel et la possibilité que l'accident du 8 février 2017 ait entraîné des lésions structurelles. Dès lors que le statu quo sine vel ante n'avait pas été rétabli, l'intimée devait prendre en charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il avait été causé ou aggravé par l'accident assuré.

Par ailleurs, la Dresse L_____ soutenait que la chondrocalcinose articulaire était généralement sans cause connue ou idiopathique, mais qu'elle pouvait être favorisée par l'association à une autre maladie. Or, elle oubliait de mentionner que, selon un article de la revue médicale suisse sur lequel elle-même se fondait, le traumatisme articulaire, les facteurs familiaux-génétiques et l'arthrose étaient également des facteurs favorisant la déposition de cristaux de pyrophosphate de calcium. Les images sur lesquelles elle se fondait pour dire que le recourant présentait une chondrocalcinose dataient d'août 2018, soit dix-huit mois après la survenance de l'accident. Même si l'on devait admettre que la chondrocalcinose était antérieure à l'accident survenu en février 2017, il n'en demeurait pas moins qu'il y avait eu décompensation d'un état antérieur lors de l'accident de février 2017 et que l'intervention de 2019 était en lien avec cet accident.

43. L'intimée a dupliqué le 13 octobre 2020, persistant dans ses conclusions et joignant une nouvelle appréciation de la Dresse L_____ du 6 octobre 2020.

Selon la Dresse L_____, le courrier du Prof. M_____ ne lui permettait pas de s'écarter de ses précédentes conclusions. Ce dernier ne présentait pas d'argumentaire au sujet de l'aspect « traumatique » de l'atteinte méniscale. Il n'expliquait pas non plus ce qui le poussait à évoquer une décompensation de la gonarthrose à la suite du traumatisme. Par ailleurs, la chondrocalcinose, visualisable sur les deux IRM de 2017 et 2018, était d'étendue identique sur les deux clichés.

44. Le recourant s'est déterminé sur la duplique de l'intimée le 16 novembre 2020, persistant également dans ses conclusions.

Force était à nouveau de constater que la Dresse L_____ n'examinait pas si l'événement était approprié pour réaliser la pathologie qui avait justifié l'indication opératoire du 19 décembre 2019. Or, la seule question à résoudre était celle de savoir si la déchirure radiaire du ménisque interne, déchirure qui avait justifié l'indication opératoire du 19 décembre 2019, avait été provoquée par le traumatisme survenu en février 2017. De même, la Dresse L_____ n'examinait pas le but de l'intervention chirurgicale, qui avait pourtant été nécessaire pour la suture de la lésion radiaire du ménisque interne, et non pour la chondrocalcinose. Enfin, la Dresse L_____ constatait que la chondrocalcinose n'avait pas évolué entre 2017 et 2018, mais elle ne mentionnait aucunement le fait que la déchirure

radiaire s'était aggravée entre 2017 et 2018, comme l'attestaient les images produites par le Dr K_____. Cette aggravation ne pouvait être niée au motif que les images produites des IRM en 2017 et 2018 ne seraient pas « objectivables ». Un examen attentif des imageries aurait permis à la Dresse L_____ de visualiser l'aggravation.

45. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de 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 de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 26 novembre 2017, singulièrement sur la question de savoir si les troubles au genou droit à compter de cette date sont en lien de causalité avec l'accident du 8 février 2017.

6. 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).

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, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du

Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

8. 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 et ATF 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 et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

   Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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).

c. 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).

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).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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).

e. 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 52; 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).

11. 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).

12. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie

adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). 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 (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

14. 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).

15. En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 8 février 2017, se blessant au genou. Il n'a pas immédiatement consulté. En août 2017 a été effectuée une IRM, laquelle a mis en évidence une lésion radiaire du ménisque interne dans sa partie postérieure.

    L'intimée a initialement pris en charge le traitement médical.

    En octobre 2018, le recourant a annoncé une rechute survenue en juillet 2018. En mars 2019, il a également annoncé un nouvel accident s'étant produit le 8 février 2019. Bien que deux dossiers distincts aient été ouverts par l'intimée, il convient de traiter ces cas simultanément, ceux-ci ayant tous deux trait à la question de savoir jusqu'à quand l'intimée doit prester pour les lésions au genou gauche du recourant, soit de déterminer la date à laquelle un éventuel statu quo ante peut être retenu.

    Dans la décision entreprise, l'intimée a indiqué avoir admis l'existence d'un accident le 8 février 2017, mais a contesté l'existence d'un lien de causalité entre les troubles au genou gauche présentés par le recourant et les événements des 8 février 2017 et 2019 et retenu que le statu quo ante était fixé à deux mois après l'événement de février 2017. Pour ce faire, l'intimée s'est principalement fondée sur l'appréciation du Dr G_____ du 21 novembre 2019, selon laquelle le ménisque du recourant présentait des signes dégénératifs, la déchirure radiaire, dans sa morphologie et son évolution, montrant clairement un caractère dégénératif.

    Le recourant conteste cette position en se fondant quant à lui sur l'avis du Dr K_____, qui estime que la déchirure s'était produite en tissu méniscal sain, et que, s'il existait des altérations du signal sur la portion médiale du ménisque qui pouvaient être qualifiées de dégénératives, elles n'étaient pas partie prenante de la déchirure radiaire. Selon le Dr K_____, la pathologie du genou et son traitement découlent de l'événement traumatique initial.

    L'intimée a soumis l'appréciation du Dr K_____ à la Dresse L_____, laquelle soutient la thèse du Dr G_____. Le recourant a pour sa part complété le dossier avec une lettre du Prof. M_____.

    Ces divers avis médicaux sont contradictoires.

    Le Dr K_____ a considéré, en examinant les images des IRM de 2017 et 2018, que l'on est en présence d'une déchirure radiaire, au voisinage de laquelle il n'y a pas d'image de lésion méniscale dégénérative. Le tissu méniscal est selon lui homogène, démontrant que la déchirure, qui s'est élargie entre 2017 et 2018, s'est produite en tissue méniscal sain. Il a également constaté la présence d'altérations de signal sur la portion médiale du ménisque, qu'il qualifie de dégénératives, mais

estimé que ces altérations ne sont pas partie prenante de la déchirure radiaire. Se référant à la littérature médicale, le Dr K_____ a noté que les déchirures radiaires sont considérées comme étant en général le résultat d'un traumatisme et survenant chez des patients actifs physiquement et généralement jeunes. Les lésions traumatiques sont considérées comme étant, de manière prépondérante, le résultat d'un événement spécifique, événement qui a eu lieu dans le cas du recourant. Selon lui, la déchirure radiaire observée sur les images des IRM de 2017 et 2018 s'est élargie, et lesdites images permettent de constater la conservation du cartilage tibial et fémoral du compartiment interne. Or, la présence d'une arthrose aurait impliqué la perte d'épaisseur du cartilage. Il retient enfin que le recourant présente effectivement une morphologie des membres inférieurs en varus, vraisemblablement responsable des images de lésion dégénérative périphérique, mais que la déchirure radiaire n'est pas localisée au niveau de la lésion dégénérative. Fort de ces explications, le Dr K_____ considère que la déchirure radiaire est nouvelle. S'agissant de l'opération effectuée, elle a selon lui été réalisée en relation directe avec la déchirure radiaire de la corne postérieure, et non en raison des lésions dégénératives du recourant. Partant, la pathologie du genou et son traitement découlent selon lui de l'événement traumatique initial.

À l'instar du Dr K_____, le Prof. M_____ a retenu que la déchirure radiaire du ménisque interne du recourant est une lésion traumatique, justifiant le geste de suture en vue de sauvegarder du tissu méniscal postérieur. Il a également relevé que le genou gauche du recourant présente une zone de calcification, appelée chondrocalcinose. Il en a conclu que le recourant présente un début de gonarthrose fémoritibiale interne gauche qui s'est décompensée lors du traumatisme qui a causé la déchirure radiaire de son ménisque interne. De même, le Dr E_____, dans son rapport du 29 avril 2019, a soutenu que la symptomatologie du recourant est d'origine accidentelle.

À l'inverse, la Dresse L_____ a retenu que le recourant présente une atteinte complexe interne, démontrée par les images d'IRM, qui mettent en évidence une corne antérieure distinguable, mais irrégulière, et une corne postérieure grise mouchetée et méconnaissable. Selon elle, le recourant présente également un rétrécissement de l'interligne articulaire, qui laisse moins de place au ménisque, qu'il comprime et pousse vers l'extérieur. Elle soutient que l'on est ainsi en présence d'une subluxation du ménisque, qui n'est pas la conséquence d'un traumatisme mais d'un processus maladif, et qu'il est évident que le ménisque interne n'était plus sain lorsque le recourant a subi les deux événements de 2017 et 2019. Pour preuve, le radiologue a décrit une atteinte radiaire de la corne postérieure, atteinte qui est souvent considérée comme post-traumatique chez les sujets jeunes, mais pas en présence d'une usure avancée (subluxation) telle que celle présentée par le recourant. Partant, il est selon elle fort probable que l'atteinte radiaire méniscale interne ne soit pas post-traumatique et donc pas une séquelle des événements de 2017 et 2019. Elle rejoint donc l'avis du Dr G_____, sur lequel

l'intimée s'est fondée pour rejeter les oppositions du recourant, au motif que l'événement de 2017 aurait décompensé un état méniscal interne préexistant de manière passagère. Elle conteste enfin l'appréciation du Dr K_____ selon laquelle le signal du ménisque serait homogène et le ménisque sain, considérant au contraire que l'on serait en présence d'une méniscopathie et d'une chondrocalcinose.

Ces diverses appréciations médicales ont été établies en toute connaissance du dossier, elles sont détaillées et s'appuient pour certaines sur la littérature médicale. Or, au vu des avis divergents entre ces médecins spécialistes sur la nature des atteintes au ménisque du recourant et donc sur la cause des lésions, la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, la cause – accidentelle ou dégénérative – des lésions.

Dans ces circonstances, il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin que celle-ci mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Le renvoi à l'intimée se justifie au vu des importantes carences dans l'instruction du dossier. En effet, au vu des avis divergents notamment entre le Dr E_____, qui soutenait que la lésion radiaire était la conséquence du traumatisme de février 2017, et le Dr I_____, qui considérait que le recourant présentait principalement une problématique de type arthrosique, l'intimée ne pouvait pas se contenter de la brève appréciation du Dr G_____ du 21 novembre 2019 pour rendre la décision entreprise mais se devait de mettre en œuvre une expertise administrative. Il conviendra que l'intimée invite l'expert à préciser si le lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident du 8 février 2017 est seulement possible (probabilité de moins de 50 %), probable (probabilité de plus de 50 %), ou certain (probabilité de 100 %). L'expert devra également se prononcer sur la date d'un éventuel statu quo ante ainsi que sur toutes questions pertinentes.

Par ailleurs, il ressort du dossier que la problématique d'une éventuelle maladie professionnelle du recourant a été évoquée mais qu'elle n'a pas fait l'objet de la décision querellée. Dans la décision entreprise, l'intimée a en effet indiqué, en se fondant sur le rapport du Dr G_____ du 21 novembre 2019, que les parqueteurs, comme les carreleurs, étaient extrêmement exposés dans leur métier aux lésions méniscales dégénératives, mais que la question de déterminer si ces dégénérescences méniscales avaient une étiologie professionnelle dépassait à l'évidence l'objet du litige.

S'il est exact que cette question sort du champ du litige ayant trait au lien de causalité entre les événements des 8 février 2017 et 2019 et les atteintes au genou du recourant, il n'en demeure pas moins que l'intimée se doit d'examiner s'il existe un lien de causalité entre la lésion au ménisque du recourant et son activité professionnelle. En l'état, seuls figurent au dossier une appréciation du Dr J_____, de la division médecine du travail de l'intimée, et un rapport d'enquête effectué au domicile de l'assuré le 24 février 2020. Le Dr J_____ avait indiqué qu'il

reprendrait le dossier après réception du rapport d'enquête, et qu'il devrait également effectuer une enquête sur le poste de travail auprès de l'employeur de l'assuré.

Dans la mesure où le dossier est renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, il conviendra que la SUVA continue l'instruction sur cette question et rende une décision à ce sujet.

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur oppositions de l'intimée du 25 novembre 2019 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise administrative indépendante et instruction complémentaire.

16. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 al. 1 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; 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.

******

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 sur opposition de l'intimée du 25 novembre 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
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
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

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