RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1855/2003 **ATAS/816/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 28 septembre 2004

En la cause

Monsieur R_____, comparant par Me Maurizio LOCCIOLA, avocat en l'Etude duquel il élit domicile.	recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, à Lucerne, mais comparant par Me Jacopo RIVARA, avocat en l'Etude duquel elle élit domicile	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, ressortissant italien né en 1960 et employé par la Poste au tri du courrier, a été victime d'un accident de la circulation le 6 décembre 1994. Alors qu'il circulait en scooter à l'avenue de Thônex, il a été heurté par une voiture, ce qui a provoqué sa chute et lui a causé des contusions à la jambe gauche, au coude gauche ainsi qu'aux cervicales.

2. Une imagerie par résonance magnétique du genou gauche effectuée le 13 décembre 1994 a mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche associée à une dégénérescence méniscale, pour laquelle l'assuré a subi une arthroscopie le 4 avril 1995. Par la suite, l'assuré a été soigné par physiothérapie.

3. Suite à la déclaration d'accident déposée le 14 décembre 1994, le cas a été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENT (ci-après : CNA).

4. Dans un rapport intermédiaire du 3 août 1995, le Dr A_____, médecin traitant et spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué à la CNA que le traitement était terminé depuis le 30 mai 1995 et que le patient avait repris son activité professionnelle à 50 % le 15 mai 1995 et à 100 % le 12 juin 1995.

5. Le 22 décembre 1995, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr B_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie. Celui-ci a commencé par rappeler que trois anciens accidents ayant touché les mains de l'assuré n'avaient pas laissé de séquelles et que les dossiers y relatifs pouvaient être clos. S'agissant du genou gauche, à part de légères douleurs lors de sollicitations plus marquées, il ne persistait aucune séquelle. Des contrôles réguliers n'étaient plus nécessaires et compte tenu des constatations faites, le cas pouvait être clos sans atteinte à l'intégrité ni invalidité. Compte tenu du genre d'activité du patient, une dispense de certaines sollicitations était préconisée : accroupissements et agenouillements fréquents, montées et descentes fréquentes, ainsi que le port de charges importantes sur de longues périodes. La possibilité de s'asseoir de temps à autres représentait également une mesure valable permettant au patient de garder le plus longtemps possible une capacité de travail complète.

6. L'assuré continuant à ressentir des douleurs par intermittence au genou, il a consulté le Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a procédé à une nouvelle arthroscopie le 4 avril 1997, en raison de laquelle l'assuré a été en arrêt de travail dès le 1er avril 1997. Une reprise du travail à 50 % était prévue pour le 19 mai 1997 et une reprise totale le 16 juin 1997.

7. Le 16 octobre 1997, le Dr B_____ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. A 3 ans de l'accident, il n'existait pas de limitation fonctionnelle ni d'instabilité du genou, mais une arthrose fémoro-tibiale radiologiquement légère, cliniquement d'intensité moyenne, était apparue. Une intervention chirurgicale ne semblait pas nécessaire actuellement au niveau du genou gauche et la poursuite de séances de physiothérapie n'était plus indiquée, sauf en cas de période particulièrement douloureuse. Les sollicitations déjà mentionnées devaient être évitées dans le travail, de sorte qu'une capacité de travail totale était envisageable tant en ce qui concerne la durée que le rendement. Le Dr B_____ a également réalisé une estimation de l'atteinte à l'intégrité de l'assuré. Malgré les images radiologiques relativement minimes, pour tenir compte des symptômes cliniques et des aggravations envisageables chez un patient encore jeune, un taux de 10 % était proposé pour une atteinte à l'intégrité en cas d'arthrose fémoro-tibiale moyenne à grave.

8. Par décision du 7 novembre 1997, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % et a retenu que les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas remplies.

9. Le 19 février 1998, le Dr C_____ a demandé à la CNA que son patient soit réexaminé par son médecin-conseil et qu'un inspecteur soit adressé sur son lieu de travail.

10. Le 1er mars 1999, l'assuré a été à nouveau examiné par le médecin d'arrondissement, le Dr B_____, lequel a réaffirmé qu'il ne persistait aucune limitation fonctionnelle du genou, mais qu'une arthrose fémoro-tibiale radiologiquement légère, cliniquement déclarée d'intensité moyenne, avait fait apparition. L'état était stationnaire, respectivement inchangé par rapport à celui de 1997, date du dernier examen. Les appréciations médicales restaient donc les mêmes que celles retenues en 1997, tout comme l'activité exigible.

11. Le 31 mai 1999, un inspecteur de la CNA s'est entretenu avec l'assuré sur son poste de travail. Celui-ci travaillait à 50 % de 5h00 à 9h00 et effectuait des remplacements à la demande. Il ne pensait pas pouvoir travailler plus, dans la mesure où le poste de travail ne permettait pas de s'asseoir plus de 25 % du temps. Il ressentait des douleurs constantes au genou gauche et devait se reposer l'après-midi. Il estimait avoir perdu environ 300.- fr par mois du fait qu'il n'avait plus de prime pour rotation de service.

12. Par courrier du 13 septembre 1999, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux, mais qu'elle continuait de lui allouer des indemnités journalières en tenant compte d'une incapacité de travail de 50 %, dans la mesure où il n'avait plus continué à exercer son activité à plein temps à partir du début de

l'année 1998. L'assuré était toutefois invité à tout mettre en œuvre pour trouver une activité adaptée à son état de santé.

13. En date du 18 septembre 2001, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, qui a déclaré que l'état de santé de l'assuré par rapport à son genou était pratiquement le même depuis 1997. La liquidation du cas pouvait être étudiée par l'administration selon les mêmes modalités que celles proposées après l'examen du 16 octobre 1997, tant en ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité que l'activité exigible.

14. A la demande de la CNA, le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise médicale de l'assuré le 7 juin 2002. Selon ce spécialiste, il n'était pas aisé de dire dans quelle mesure les troubles au niveau du ménisque étaient dus à l'accident du 16 décembre 1994. L'absence d'état inflammatoire important relevé après l'accident et l'absence de contusion osseuse à ce moment parlaient très fortement pour un accident de gravité bénigne sans flexion-torsion importante ou contusion de ce genou. Il était donc peu probable que la déchirure méniscale interne se soit produite à ce moment-là. Cela laissait également suspecter que la déchirure de la corne postérieure ne s'était pas faite complètement à ce moment-là, mais avait peut-être été augmentée par l'accident. L'événement accidentel avait donc probablement révélé des déchirures dans le cadre de deux ménisques dégénératifs préexistants. Les troubles actuels du patient étaient essentiellement subjectifs et concernaient l'ensemble de son genou gauche, de sorte qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'ils étaient dus à un problème de ménisque interne. On pouvait admettre orthopédiquement que le patient avait décompensé son genou gauche suite à l'accident et que le traitement qui avait suivi ainsi que de l'arthroscopie de 1995 faisait partie des suites de l'accident. Par contre, la réapparition de douleurs suffisamment gênantes entraînant de nouvelles investigations en 1997 ainsi qu'une nouvelle arthroscopie sans véritable modification des plaintes subjectives ne pouvait être expliquée de façon satisfaisante uniquement par un problème orthopédique. Il en était de même concernant la nouvelle augmentation des douleurs en 1999 qui avait passablement perturbé la capacité de travail. En conclusion, l'évolution du genou gauche après l'intervention du 4 avril 1995 n'était pas explicable orthopédiquement. Le spécialiste ajoutait qu'il ne comprenait pas pourquoi une indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été versée au patient, vu ses plaintes subjectives sans substrat objectif.

15. Par décision du 20 septembre 2002, la CNA a reconnu à l'assuré une invalidité de 31 % et lui a octroyé une rente en conséquence dès le 1er mars 2002.

16. L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 2 octobre 2002. Le 23 décembre 2002, il a complété son écriture en faisant valoir que le Dr D_____ s'était basé sur différentes hypothèses pour établir son expertise, ce qui n'était pas

acceptable. Par ailleurs, certains rapports médicaux sur lesquels s'étaient prononcé l'expert ne figuraient pas au dossier et l'assuré souhaitait savoir comment avait été déterminé le salaire de 4'250 fr. retenu par la CNA dans le cadre de l'activité adaptée. La situation médical devait être revue, ainsi que le « taux d'incapacité de gain ».

17. Par courrier du 23 janvier 2003, la CNA a transmis pour information à l'assuré différents rapports de médecins en sa possession, soit : celui du Dr E_____ (médecin d'arrondissement CNA, spécialiste en chirurgie orthopédique) du 24 janvier 2001, du Dr F_____ (médecin-conseil de l'assurance du véhicule responsable de l'accident, spécialiste en chirurgie orthopédique) des 21 mars et 3 septembre 2001, et du Dr G_____ (médecin-conseil CNA, spécialiste en chirurgie) du 20 juillet 2001.

    Dans un rapport du 24 janvier 2001, le Dr E_____ a indiqué que le fait que le ménisque interne ait montré des signes de dégénérescence sur la résonance magnétique n'était pas pertinent pour porter une appréciation sur les conséquences d'un accident. A partir du moment où le ménisque avait été déchiré d'une manière traumatique, qu'il avait été réséqué, les suites ultérieures le touchant étaient en rapport avec ce qui avait été fait initialement. Ainsi, dissocier les conséquences de la lésion du ménisque interne et du ménisque externe en acceptant l'un et refusant l'autre n'avait pas beaucoup de sens puisque de toute façon l'évolution ultérieure était conditionnée par les lésions initiales.

    Dans son rapport à l'attention de la WINTERTHUR ASSURANCES du 21 mars 2001, le Dr F_____ a indiqué qu'il était en désaccord avec le Dr E_____ en ce sens qu'il n'était pas possible de prétendre formellement que sans la survenance de l'accident la lésion du ménisque interne ne se serait pas manifestée. Les certificats médicaux initiaux n'étaient pas assez précis pour en tirer des conséquences. A la lecture soigneuse du dossier, la causalité de la lésion du ménisque avec l'accident de 1994, si elle était certainement possible, n'était ni probable avec prépondérance ni encore moins certaine.

    D'après l'avis du 20 juillet 2001 du Dr G_____ de la CNA, l'incapacité de travail du patient était en substance conditionnée par les douleurs au genou gauche, lesquelles étaient l'expression d'une gonarthrose à la suite du traumatisme du genou subi lors de l'accident et de la menisectomie qui avait suivi en 1995. Pris isolément, l'état dégénératif préexistant du ménisque interne était très vraisemblablement asymptomatique, ce qui signifie que cet état ne serait pas devenu symptomatique sans l'accident de 1994.

    Se prononçant à nouveau sur le cas de l'assuré le 3 septembre 2001, le Dr F_____ a indiqué qu'il partageait l'avis du Dr G_____ sur le fait que la lésion du ménisque externe était une suite de l'accident. Selon lui, il n'était

par contre pas possible d'affirmer que sans la survenance de l'accident la lésion du ménisque interne ne se serait pas manifestée. Seul un mandat d'expertise formel permettrait peut-être de clarifier la situation. Il était notamment indispensable de connaître précisément les activités et mouvement exécutés par l'assurée dans son travail avant la survenance de l'accident. Enfin, la CNA avait indiqué que l'avis du Dr G_____ confirmait celui du Dr E_____, mais cela n'était pas le cas selon le Dr F_____. Une expertise semblait donc nécessaire.

18. Alors que la procédure d'opposition était en cours, le Dr H_____ a demandé à la CNA de réévaluer l'état de santé de son patient, de sorte que le Dr B_____ a examiné l'assuré le 17 mars 2003. Le médecin a une nouvelle fois constaté que l'état de santé ne présentait aucune modification depuis l'année 1997. L'assuré a déclaré que son état s'était péjoré depuis 2001, ce que le médecin n'a pas pu constater. Une fois encore, il a rappelé qu'il ne voyait aucune nécessité de contrôles réguliers ni d'un suivi physiothérapeutique. Une intervention chirurgicale ne semblait absolument pas indiquée, en particulier une arthroscopie, compte tenu des constatations cliniques. Les conclusions des examens antérieurs restaient donc tout à fait valables.

19. Par courrier du 26 mai 2003, l'assuré a complété son opposition et transmis à la CNA une expertise médicale établie par le Dr I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Selon ce médecin, le patient présentait une évolution inhabituellement difficile et longue. L'examen radio-clinique pratiqué motivait une nouvelle arthroscopie du genou gauche pour évaluer la corne postérieure du ménisque interne ainsi que la corne antérieure du ménisque externe électivement douloureux à l'examen clinique et montrant une corrélation avec l'IRM du genou gauche en date du 28 août 2001. Ce n'était qu'avec une nouvelle arthroscopie que la raison des douleurs chez ce patient pourrait être élucidée. Sur la base de ce document, l'assuré sollicitait la continuation du versement des indemnités journalières et la prise en charge d'une arthroscopie.

20. Par décision sur opposition du 24 juin 2003, la CNA a partiellement admis l'opposition et porté le taux d'invalidité à 40 % au lieu de 31 %. Elle l'a rejetée pour le surplus. Il ressortait sans équivoque des rapports médicaux que les conséquences objectives de cet accident ne s'étaient pas aggravées et qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'était pas indiquée. Le taux de rente ne devait pas être basé sur le fait que l'assuré ne travaillait plus que deux heures par jour à un poste de tri. Au plan médical, l'assuré pouvait exiger une activité lucrative en évitant certaines sollicitations. La comparaison de revenus effectuée par la CNA aboutissait à un taux d'invalidité de 39,34 %.

21. Par acte du 25 septembre 2003, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant principalement à son annulation, à la continuation du traitement médical et du versement des

indemnités journalières ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % dès le 1er mars 2002. La continuation du traitement était justifiée par les avis des Dr I_____ et C_____, de même que le versement d'indemnités journalières. Par ailleurs, le recourant considérait que « l'incapacité de gain qu'il présentait devrait être pour le moins de 50 % ». Enfin, le recourant a demandé à ce que les Dr C_____, I_____ et H_____ soient entendus par le Tribunal.

22. Par préavis du 19 décembre 2003, la CNA a conclu au rejet du recours. Les conclusions du Dr B_____ quant à l'inutilité d'une arthroscopie satisfaisaient aux exigences jurisprudentielles applicables à la valeur probante d'un rapport médical et il n'existait pas d'élément qui constituerait un indice propre à s'écarter des conclusions de ce médecin. S'agissant de la détermination de l'invalidité, le médecin traitant, le Dr H_____, ne se déterminait pas clairement sur la capacité de travail de son patient, ce qui n'était pas de nature à remettre en cause la description convaincante de l'activité exigible faite par le Dr B_____. Le Dr C_____, qui fixait une incapacité de travail de 50 % ne motivait pas sa position. Par contre, le Dr D_____, qui s'était prononcé dans le cadre d'une expertise, n'avait retenu ni incapacité de travail durable ni atteinte à l'intégrité en rapport de causalité avec l'accident de 1994. Les calculs réalisés par la CNA n'étant pas contestés, le taux d'invalidité de 40 % devait être confirmé.

23. Par réplique du 2 février 2004, le recourant a soutenu que la position du Dr B_____ ne devait pas être retenue, car elle se heurtait à celles de deux médecins spécialistes en orthopédie, soit les Dr I_____ et C_____. Pour le surplus, le recourant indiquait connaître des problèmes au niveau de son genou droit qui entraînaient également une diminution de sa capacité de travail. Le Dr H_____ expliquait ces problèmes par des contraintes de surcharge dues aux douleurs sur le côté gauche. D'un point de vue juridique, il y avait lieu de considérer que ces problèmes étaient dans un lien de causalité avec l'accident de 1994. La CNA devait donc prendre en compte les problèmes du genou droit également et admettre que la situation n'était pas stabilisée sur le plan médical.

24. Par duplique du 1er mars 2004, la CNA a répété que les conclusions du Dr B_____ n'étaient pas valablement remises en cause par les avis des Dr C_____ et I_____. Par ailleurs, elle a fait valoir qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte dans le cadre de la présente procédure les troubles au genou droit qui dépassaient le cadre de la décision querellée. Elle persistait donc dans ses conclusions.

25. Après transmission de ces écritures aux parties, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue, en instance unique, sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 notamment (art. 56V al. 1 lettre a LOJ). Sa compétence est ainsi établie.

2. Selon l'art. 56 al. 1er LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1er LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1er LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA).

   En l'espèce, le recours interjeté le 25 septembre 2003 contre la décision sur opposition du 24 juin 2003 a été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, de sorte qu'il est recevable.

3. L'objet du litige porte sur la question d'une éventuelle continuation de la prise en charge du traitement médical ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité de ce dernier.

4. A titre préalable, le recourant sollicite du Tribunal de céans l'audition des Dr C_____, I_____ et H_____. Le Tribunal ne donnera pas suite à cette demande pour les motifs suivants. Si l'administration ou le juge, se fondant

sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 II 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, le dossier contient plusieurs rapports écrits de tous ces médecins. Ces rapports ne nécessitent pas que leurs auteurs soient entendus par le Tribunal et il n'est pas allégué par le recourant que la situation de fait se soit modifiée depuis la rédaction desdits rapports. Ainsi, le Tribunal rejettera cette demande préalable d'instruction complémentaire.

Par ailleurs, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 336 consid. 1b ; ATFA non publié du 18 août 2003 en la cause U 368/02). En l'espèce, le recourant a mentionné ses nouveaux troubles au genou droit pour la première fois dans son écriture au Tribunal de céans du 2 février 2004, alors que la décision qu'il conteste date du 20 septembre 2002. Dans la mesure où ces troubles au genou droit ont été allégués plus de 15 mois après la décision initiale de la CNA, le Tribunal de céans ne saurait en tenir compte dans le cadre de la présente procédure.

5. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 1 et 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 – ci-après : LAA).

   Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art 19 al. 1 LAA).

Selon l'art. 10 al. 1er LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Comme on vient de le voir, l'assureur-accidents ne doit fournir ses prestations qu'aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Lorsqu'il arrive à la conclusion qu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, ou s'il estime que le traitement proposé par l'assuré ou son médecin est inapproprié, il est en droit de refuser la continuation du traitement en se fondant sur l'art. 48 al. 1 LAA. Dans la mesure où la loi confère à l'assureur-accidents le pouvoir de fixer les mesures diagnostiques et thérapeutiques dans le cas particulier, elle lui transfère la responsabilité pour le traitement. La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est, d'une part, qu'il est tenu d'allouer des prestations pour des lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA; ATF 118 V 286) et, d'autre part, qu'il est en droit de refuser des prestations pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 171 ; ATFA non publié du 17 mars 2003 en la cause U 154/02). A noter que dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état, mais il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain.

Le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 consid. 3a). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268)

Lorsque des spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge

ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa ; ATFA non publié du 5 octobre 2001 en la cause I 236/01 et ATFA non publié du 19 juillet 2004 en la cause U 222/03).

De jurisprudence constante, lorsque aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la CNA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209; ATA S. du 29 mars 1994; G. du 9 novembre 1994).

S'agissant d'un rapport médical établi par un médecin employé de l'assurance, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que s'il était convaincant et que les objections invoquées à son encontre dans le cadre du recours ne suscitaient pas de doute quant à sa valeur probante, il était superflu de se livrer à d'autres enquêtes médicales, car il ne fallait pas s'attendre à pouvoir faire d'autres constatations (ATF 104 V 209; ATA S. du 29 mars 1994).

6. En l'espèce, le recourant a été examiné à réitérées reprises par le médecin-conseil de la CNA, le Dr B_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie, soit en décembre 1995, octobre 1997, mars 1999, septembre 2001 et mars 2003. Le dossier a également été soumis par la CNA au Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour appréciation, en janvier 2001. D'après les conclusions de l'examen médical final de la CNA, l'état était stationnaire et il n'y avait plus lieu de continuer de traitement médical particulier, sauf en cas de douleurs particulièrement aiguës qui pourraient épisodiquement survenir. Une nouvelle intervention chirurgicale était expressément exclue, compte tenu des constatations cliniques. S'agissant de l'activité exigible, certaines sollicitations particulières devaient être évitées, mais en dehors de cela la capacité de travail était totale, tout comme le rendement. Il existait une persistance d'un syndrome douloureux diffus en discrépance avec les constatations cliniques et radiologiques. Cette appréciation a été confirmée par la suite dans chaque rapport du Dr B_____ et elle a également été avalisée par le Dr E_____ en 2001.

   Par la suite, le recourant a subi une expertise réalisée par le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à la demande de la CNA. Le rapport d'expertise du 7 juin 2002 démontre qu'une anamnèse complète a été réalisée (personnelle, systématique, familiale, socioprofessionnelle et actuelle). L'expert a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assuré et s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment les certificats des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que ce rapport se base sur un dossier bien étayé.

Le patient a été longuement entendu et examiné par l'expert (14 à 16 heures au total). L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis. Le rapport est circonstancié et ne contient pas d'incohérences. L'on ne saurait attendre de nouvelles investigations médicales de nouveaux éléments qui pourraient modifier tant soit peu les résultats acquis.

Au terme de son expertise, le Dr D_____ a comparé son point de vue avec celui des autres médecins ayant examiné l'assuré avant lui. Il s'est notamment déclaré en grande partie en accord avec le Dr F_____ sur le fait que la lésion du ménisque externe était due à l'accident, mais qu'il était plus difficile de déterminer avec exactitude les raisons qui avaient provoqué la lésion du ménisque interne. L'accident ne semblait pas avoir été si grave, dans la mesure où il n'avait révélé aucune autre lésion, en particulier de ligaments, et qu'il n'y avait pas eu d'état inflammatoire important après l'accident. Pour l'expert, l'événement accidentel avait probablement révélé la déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et un peu aggravé la déchirure de la corne postérieure du ménisque externe dans le cadre de deux ménisques dégénératifs préexistants. Il était important de comprendre que les troubles actuels du patient étaient essentiellement subjectifs et concernaient l'ensemble du genou gauche. L'évolution du genou gauche avait été particulière, parce que le patient s'était toujours plaint de douleurs résiduelles, alors que les status objectifs étaient restés très frustes. La mobilisation du genou semblait un peu limitée, mais cela n'était pas prouvé, dans la mesure où le patient se défendait dès que l'on essayait d'examiner son membre inférieur gauche. L'intervention arthroscopique de 1995 était justifiée par les suites de l'accident, mais les nouvelles investigations et la seconde arthroscopie de 1997 ne pouvaient être expliquées de façon satisfaisante par un problème orthopédique. Il en était de même concernant l'augmentation des douleurs de 1999 qui avait perturbé la capacité de travail. En conclusion, avec 7 ans de recul sur l'accident, le status clinique s'était peu modifié et les radiographies ne montraient pas d'apparition de troubles dégénératifs majeurs, l'origine des plaintes était incompréhensible et l'expert se déclarait incapable d'y donner une explication mécanique. L'expert a alors indiqué qu'il définissait un status quo sine au 22 décembre 1995, soit lors de l'examen du Dr B_____, montrant que le patient n'avait pas d'incapacité particulière de gain.

Au bénéfice de ce qui précède, on remarque que tant l'expert que les deux spécialistes de la CNA sont d'accord sur le fait que l'état de santé de l'assuré ne nécessite plus de traitement médical depuis longtemps, raison pour laquelle la demande de celui-ci de subir une nouvelle arthroscopie n'est absolument pas justifiée médicalement.

En ce sens, il y a lieu de préciser que les appréciations des Dr C_____ et I_____, bien qu'émanant de spécialistes, ne sauraient valablement remettre en cause les avis médicaux extrêmement complets, bien étayés et convaincants des

médecins de la CNA et du Dr D_____, dont le rapport doit pour le surplus se voir reconnaître pleine force probante puisqu'il répond à tous les réquisits jurisprudentiels. L'appréciation de l'atteinte à la santé sur le plan médical a été très clairement donnée par ces médecins. Le Dr C_____ a relevé dans son rapport du 17 juin 2003 qu'une arthroscopie « paraissait » indiquée pour clarifier la situation. Aucune autre justification médicale n'était donnée, alors que ce médecin remarquait que l'état était stationnaire, de même que les plaintes du patient. Dans un mémorandum à l'attention du médecin-conseil de la CNA du 23 février 2003, il avait indiqué qu'avec son Confrère le Dr I_____, ils étaient arrivés à la conclusion qu'une arthroscopie « serait susceptible de bilanter ce genou et de pouvoir faire peut-être un geste thérapeutique utile ». S'agissant de l'expertise du Dr I_____ du 20 janvier 2003, ce document se contente d'une appréciation médicale d'une dizaine de lignes, dont il ressort qu'une nouvelle arthroscopie serait justifiée pour connaître la raison des douleurs du patient. Il ne semble pas que cette expertise ait été établie en pleine connaissance du dossier médical. Pour ces raisons, elle ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Au vu de ce qui précède, les appréciations des Dr C_____ et I_____ ne sauraient remettre en cause l'avis de l'expert et des médecins de la CNA. Quoi qu'en dise le recourant, les conditions de l'art. 19 LAA sont réalisées en l'espèce. Effectivement, il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'intéressé.

En conséquence, un examen complémentaire invasif, tel qu'une arthroscopie, n'était pas nécessaire dès lors qu'il n'y a rien à attendre d'un tel examen. On peut donc conclure, sur la base des nombreux documents figurant au dossier, que l'état de santé du recourant est stationnaire depuis plusieurs années et qu'il est à même d'exercer à 100 % une profession adaptée moyennant les limitations indiquées par le médecin d'arrondissement de la CNA.

7. Est également contesté le taux d'invalidité fixé par la CNA à 40 % dans la décision sur opposition du 24 juin 2003.

8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art 16 LPGA).

   Ainsi, pour déterminer le taux d'invalidité, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus. En l'absence d'un revenu exigible effectivement réalisé, le revenu d'invalide doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, no 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles

statistiques ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT ; ATFA du 5 février 2004 en la cause U 167/03).

La détermination du revenu d'invalide a été effectuée par l'intimée sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Selon la jurisprudence (ATF 129 V 472), la détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible.

L'intimée déclarant elle-même dans sa décision sur opposition que les DPT considérées en l'espèce ne sont pas toutes exemptes de critiques, la comparaison de revenus doit se faire sur la base des tabelles statistiques. La comparaison sera établie en fonction des conditions salariales valables en 2002, année qui est déterminante pour la comparaison des revenus, dans la mesure où il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

En l'espèce, les montants retenus par la CNA dans le cadre de la comparaison des revenus effectuée dans la décision sur opposition du 24 juin 2003 n'ont pas été remis en cause par le recourant. Par ailleurs, l'abattement de 20 % retenu par la CNA, proche de l'abattement maximum admissible, n'a pas non plus été contesté, de sorte que la fixation du taux d'invalidité du recourant à 40 % doit être confirmée.

9. Le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière: La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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