RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2075/2004 **ATAS/1070/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 1er décembre 2005

En la cause

Monsieur K_____, recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente;
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Le 21 août 1986, alors qu'il jouait au football, Monsieur K_____ a reçu un coup de pied sur la face externe du genou gauche et a ressenti une vive douleur. Quelques jours plus tard, le 24 août 1986, il a glissé à son domicile, ce qui a provoqué un important épanchement intra-articulaire. (a 2 et 5)

2. Le 25 août 1986, l'assuré a consulté le Dr A_____, orthopédiste au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après CHUV), qui a constaté une laxité dans le plan sagittal et posé le diagnostic de triade interne du genou gauche. (a 2)

3. L'accident a été annoncé par l'employeur, le 15 septembre 1986 à la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après SUVA). (a 1)

4. En septembre 1986, l'assuré a subi des sutures du ligament croisé antérieur, du point d'angle postéro-interne et de la corne postérieure du ménisque interne. (a 8 et 16)

5. Le 11 octobre 1989, alors qu'il se trouvait sur une échelle en train de percer des trous, il a perdu l'équilibre et a fait une chute d'une hauteur d'un mètre cinquante. L'employeur a annoncé l'accident à la SUVA. (a 381 p. 9)

6. En raison de douleurs à la colonne vertébrale, au bras droit et au thorax, l'assuré s'est rendu le 24 octobre 1989 aux urgences de la Clinique Cecil à Lausanne. Les médecins ont constaté des contusions vertébrales, au bras droit et au thorax. (a 381 p. 9).

7. Dans son rapport du 14 février 1990, le Dr B_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA, a fait état, au niveau lombaire, d'une très légère scoliose sinistro-convexe compensée, d'une vertèbre de transition sous forme de début de lombalisation de la première vertèbre sacrée et d'un très léger pincement L5-S1 à gauche. Il a estimé que le traumatisme dorsal du 11 octobre 1989 avait décompensé l'assuré, rendant manifestes d'éventuels troubles statiques vertébraux préexistants. (a 44)

8. Examiné une nouvelle fois par le Dr B_____ le 8 août 1990, l'assuré s'est plaint de gonflement du genou gauche, de douleurs en montant les escaliers, de douleurs nocturnes, de tendance aux lâchages et dérobements. Pour sa part, le Dr B_____ a constaté une laxité résiduelle antéro-médiale du genou gauche et préconisé une arthroscopie. Enfin, il a précisé que, lors des examens pratiqués au début de l'année 1990, il avait constaté la guérison de l'accident du 11 octobre 1989. (a 53)

9. L'arthroscopie a été pratiquée le 16 novembre 1990 à la Clinique d'orthopédie et de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Elle a mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne qui a été réséquée. En outre, elle a permis de diagnostiquer une rupture complète du ligament croisé antérieur, une chondromalacie stade III avec des ulcères de la rotule et de la trochlée. (a 67)

10. Le 17 janvier 1992, en l'absence de toute amélioration, l'assuré a subi une plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche selon Kenneth-Jones à la Clinique d'orthopédie et de chirurgie des HUG. (a 81 et 97)

11. Puis, le 1er septembre 1993, la Policlinique de chirurgie des HUG a pratiqué une nouvelle arthroscopie du genou gauche. Lors de cette intervention, le Dr C_____ a procédé à un shaving de la synoviale hypertrophique et de brides cicatricielles fémoro-rotuliennes. Il a constaté une insertion trop antérieure du ligament croisé antérieur et a effectué une Notch plastie. (a 199 et 225)

12. Compte tenu des douleurs constantes et de l'impossibilité pour l'assuré d'étendre son genou, le Dr D_____, chirurgien-orthopédiste, a pratiqué une nouvelle arthroscopie en date du 11 juillet 1995. Lors de cette intervention, il a constaté une sévère arthrose fémoro-patellaire avec une rétraction du tendon rotulien sur fibrose rétro-ligamentaire ainsi qu'une grosse chondromalacie du condyle fémoral interne. Il a effectué une Notch plastie, un shaving et une ablation du matériel d'ostéosynthèse. (a 240 et 248).

13. Puis, le 9 avril 1997, par artrothomie para-patellaire interne, le Dr D_____, a procédé à un shaving de l'appareil extenseur du genou gauche, à une section de l'aileron rotulien externe, à un avancement tubérositaire et à une Notch plastie. (a 291)

14. Enfin, le 16 novembre 1999, par voie arthoscopique, le Dr D_____ a effectué un shaving et une chondroplastie fémoro-patellaire gauche. Lors de l'intervention, il a constaté une chondromalacie stade III à IV du compartiment interne. (a 374)

15. Le 5 décembre 1999, l'assuré a fait une chute sur le coude et le genou droits en descendant les escaliers. Il a consulté en Allemagne le Dr E_____, orthopédiste et rhumatologue, qui a diagnostiqué une contusion du genou et du coude droits. Ce spécialiste a précisé que les radiographies du genou et du coude droits ne montraient aucun signe d'une lésion osseuse récente. (a 366 et 377)

16. Le 24 février 2000, l'assuré a été examiné par le Dr F_____, chirurgien-orthopédiste et médecin de la SUVA. Lors de son examen, ce dernier n'a pas constaté de troubles statiques importants, si ce n'est une attitude scoliotique discrète, alors que le patient se plaignait de douleurs importantes à la palpation et à la mobilisation des apophyses épineuses de la région dorsale moyenne jusqu'à la charnière thoraco-lombaire. Au membre inférieur gauche, il a mis en évidence une diminu-

tion de la mobilité globale de la hanche, une mobilité du genou nettement entravée avec une flexion extension possible de 100 à 10° et une importante atrophie du quadriceps ainsi que de la musculature ischio-crurale. Il a considéré que le problème principal résidait dans l'ankylose totale de l'articulation fémoro-rotulienne, induite pas la fibrose du ligament rotulien, qui s'était développée dans les années suivant la reconstruction du ligament croisé antérieur. Il a estimé la capacité résiduelle de travail dans une activité sédentaire à 50% et l'atteinte à l'intégrité à 30%. Enfin, il a précisé qu'en l'absence de fondements clinique ou radiologique aux plaintes de l'assuré, et eu égard aux diagnostics posés par le médecin consulté après la chute, les dorsalgies ainsi que leur corollaire clinique ne pouvaient pas être rattachés aux séquelles de la chute de décembre 1999 (a 381).

17. Par courrier du 5 mai 2000, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à sa prise en charge des soins médicaux et de l'indemnité journalière dès le 1er juillet 2000 puisqu'il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration de son état de santé. (a 390)

18. Puis, par décision du 17 mai 2000, elle lui a alloué une rente d'invalidité de 70% sur la base d'un gain assuré de 59'426 fr. et une indemnité pour l'intégrité de 30%. Enfin, elle a réservé le droit de l'assuré de lui annoncer une reprise du traitement médical. (a 418)

19. A la suite de l'opposition formée par l'assuré le 5 juin 2000, la SUVA a rendu, le 4 août 2000, une décision confirmant sa position, notamment l'absence d'une relation de causalité entre les dorsalgies et les accidents assurés (a 453).

20. Dans son rapport médical du 15 janvier 2001, le Dr G_____, spécialiste en chirurgie traumatique en Allemagne, a indiqué que l'assuré souffrait tout particulièrement de douleurs permanentes au genou gauche, mais également au genou droit, et qu'il se plaignait également de douleurs à la colonne lombaire ainsi qu'à la colonne cervicale. Il a précisé que, d'une part, il avait procédé à des infiltrations pour diminuer la douleur et l'inflammation de l'arthrose aux genoux, d'autre part, il avait instauré une thérapie à base de gymnastique et de massages pour la nuque ainsi que pour le dos. (a 485.1)

21. Le 8 mars 2004, la SUVA a refusé la prise en charge d'un matelas médical, considérant que les problèmes de dos de l'assuré n'engageaient pas sa responsabilité. (558.2)

22. Par certificat médical du 26 mars 2004, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré s'était présenté à plusieurs reprises à sa consultation pour des douleurs dorso-lombaires qui s'étaient aggravées depuis la dernière intervention chirurgicale en raison de la boiterie prolongée et de l'utilisation des cannes anglaises. (a 547)

23. Le 14 avril 2004, l'assuré a déclaré à la SUVA que ses problèmes lombaires provenaient de son accident (a 547.1).

24. Par décision du 18 mai 2004, la SUVA a considéré que cette question avait déjà été tranchée par la décision sur opposition du 4 août 2000. Elle a donc refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération, estimant qu'il n'existait aucun fait nouveau justifiant une révision procédurale (a 553).

25. Le 23 juin 2004, l'assuré a formé opposition contre cette décision et a joint sa déclaration concernant l'accident du 4 décembre 1999 (a 558).

26. L'assuré a été adressé par le Dr D_____ au Dr H_____, rhumatologue, pour obtenir son avis sur les douleurs lombaires basses. Dans son rapport du 29 juin 2004, le Dr H_____ a précisé que les douleurs lombaires avaient précédé les problèmes de genou et qu'elles avaient été aggravées par l'utilisation de la canne en raison des problèmes de genou. Lors de son examen, il a constaté une hypomobilité du segment rachidien lombaire, une contracture paravertébrale dorsolombaire bilatérale, des douleurs en extension du rachis et une conservation des inclinaisons latérales ainsi que des flexions antérieures. Il a posé les diagnostics de lombalgies communes dans un contexte de lésions ligamentaires du genou et de boiterie secondaire. (a 559.1)

27. Par décision sur opposition du 15 juillet 2004, la SUVA a maintenu sa position et a rejeté l'opposition. (a 561)

28. Dans un rapport du 22 septembre 2004, le Dr D_____ a indiqué que l'état du genou gauche s'aggravait lentement avec une diminution du périmètre de marche. Il a précisé que la pose d'une prothèse pouvait encore attendre trois à cinq ans, le patient ne nécessitant pas encore l'usage de cannes. (a 573)

29. Par acte du 5 octobre 2004, l'assuré a recouru contre la décision du 15 juillet 2004 auprès du Tribunal de céans, sans prendre de conclusions formelles. Il soutient que ses douleurs dorso-lombaires sont dues à sa boiterie provoquée par les lésions des genoux, principalement le gauche, et qu'il existe un lien de causalité avec les accidents assurés.

30. Dans sa réponse du 22 octobre 2004, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Elle estime que les rapports médicaux de l'Hôpital de la Tour ne constituent pas des faits nouveaux importants, dès lors que la situation médicale n'a pas changé depuis la date de la décision sur opposition du 4 août 2000. Elle relève que le recourant se plaignait déjà de douleurs dans la région lombo-sacrée en 1995, qu'il utilisait déjà des cannes en avril 1999, que la dernière opération remonte à novembre 1999, de sorte que tant l'appréciation du Dr F_____ en février 2000 que la décision sur opposition du 4 août 2000 ont été rendues sur la base d'une situation médicale identique à celle de 2004.

31. Le Tribunal de céans a accordé au recourant un délai au 26 novembre 2004 pour répliquer.

32. Par téléphone du 14 décembre 2004, le recourant a demandé une prolongation de délai, expliquant qu'il était à la recherche d'un mandataire.

33. Le Tribunal de céans a prolongé le délai au 31 janvier 2005, sans toutefois que le recourant ne l'utilisât. La cause a donc 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, 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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès mars 2004, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en

vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Étant donné que la décision sur opposition date du 15 juillet 2004 et que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recourant a respecté le délai de recours en agissant le 7 octobre 2004. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le litige porte d'une part sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs dorso-lombaires dont souffre le recourant et les accidents assurés mais également, préalablement, sur celle de savoir si les conditions d'une révision procédurale sont réalisées.

6. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

   b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se

présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

7. a) En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 125 V 351 consid. 3a).

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 soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). Il faut poser des exigences sévères quant à l'appréciation des preuves en ce sens qu'en présence du moindre doute relatif à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. En outre, le simple fait qu' un avis médical divergent ait été émis, même par un spécialiste, ne suffit pas à mettre en doute la valeur probante d'un rapport médical (ATFA du 18 août 2000, U 4/00, consid. 3.2).

8. a) En l'espèce, le recourant considère que les douleurs lombaires actuelles sont en relation de causalité avec ses accidents des genoux, alors que l'intimée est d'avis que cette question a déjà été tranchée dans sa décision sur opposition du 4 août 2000 et que les conditions d'une révision procédurale ne sont pas réalisées.

A l'appui de sa thèse, le recourant produit deux certificats médicaux. Le premier, établi en date du 24 mars 2004 par le Dr D_____, fait état d'une aggravation des dorso-lombalgies depuis l'intervention du 16 novembre 1999 en raison d'une boiterie prolongée et de l'utilisation de cannes anglaises. Le second, émanant du Dr H_____ et daté du 29 juin 2004, diagnostique des lombalgies communes dans un contexte de lésions ligamentaires post-traumatiques du genou et d'une boiterie secondaire. Dans son rapport médical, ce spécialiste a précisé que les douleurs lombaires avaient précédé les problèmes de genou, mais qu'elles avaient été aggravées par l'obligation de marcher avec des cannes en raison des problèmes de genou.

b) Dans sa décision sur opposition du 4 août 2000, sur la base du rapport d'expertise du Dr F_____ du 24 février 2000 concluant que les troubles du rachis ne constituaient pas une séquelle de l'accident de 1999, la SUVA a nié toute relation de causalité entre les dorsalgies de l'intéressé et un accident assuré. Elle a retenu que dans son rapport d'examen orthopédique du 24 février 2000, le

Dr F_____ a diagnostiqué des dorsalgies sur status après contusion du dos sans séquelle appréciable, avec développement de signes de non-organicité. Il a précisé qu'il n'avait pas constaté de troubles statiques importants, si ce n'est une attitude scoliotique discrète, alors que le patient se plaignait de douleurs importantes à la palpation et à la mobilisation des apophyses épineuses de la région dorsale moyenne jusqu'à la charnière thoraco-lombaire. Dans ses appréciation et commentaires dudit examen, il a motivé ses conclusions en se référant aux constatations faites par le médecin immédiatement consulté après l'accident de décembre 1999, lequel n'avait diagnostiqué aucune lésion en rapport avec le rachis. Par ailleurs, il a relevé qu'aucun fondement clinique ou radiologique n'expliquait les plaintes du patient.

c) Le Tribunal de céans constate cependant que contrairement à ce que soutient l'intimée, le Dr F_____, dans son appréciation du 24 février 2000, s'est borné à déterminer si les dorsalgies dont le recourant s'était plaint lors de son examen étaient ou non des séquelles de l'accident de décembre 1999. En revanche, il n'a nullement étudié si les rachialgies qui se sont aggravées en 2004 étaient vraisemblablement secondaires à la gonarthrose tri-compartimentale post-traumatique générant une boiterie de décharge et nécessitant d'ici quelques années la pose d'une prothèse du genou.

Dès lors, la force de chose décidée invoquée par l'intimée concerne exclusivement la question de la causalité naturelle effectivement examinée par le Dr F_____, à savoir si les dorso-lombalgies dont se plaignait le recourant étaient des séquelles directes d'un accident assuré, et non pas si les dorsalgies qui se sont aggravées en 2004 sont des séquelles indirectes d'un accident assuré, soit une toute autre question. Etant donné que la décision sur opposition du 4 août 2000 n'a pas examiné cette autre question - déjà pour la simple et bonne raison que cette aggravation est postérieure à ladite décision sur opposition - force est de constater que l'intimée ne peut pas se borner à invoquer la force de chose décidée pour refuser d'engager sa responsabilité.

d) Par ailleurs, les rapports des Drs D_____ et H_____ produits par le recourant ne sont pas suffisamment détaillés et motivés pour admettre sur cette seule base l'existence d'un lien de causalité entre les dorso-lombalgies et la boiterie de décharge consécutive aux troubles des genoux. En effet, manifestement, ces médecins n'ont pas procédé à des examens radiologiques ce qui ne permet pas de déterminer s'il existe d'autres causes à ces douleurs. De plus, ils n'ont pas décrit en quoi consiste l'aggravation de ces dorso-lombalgies. En revanche, ils rendent plausibles les plaintes du recourant, de sorte que l'intimée ne pouvait pas refuser sa responsabilité à ce sujet sans procéder à une instruction sur le plan médical, conformément à la maxime d'office (cf. supra considérant 7a).

En effet, en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Or, dans le présent cas, à la suite de l'annonce faite par le recourant de douleurs vertébrales mises en rapport avec la boiterie consécutive à l'utilisation prolongée de cannes, l'intimée n'a procédé à aucune acte d'instruction sur le plan médical, se bornant à invoquer d'emblée, à tort, que cette question avait déjà fait l'objet de la décision sur opposition du 4 août 2000.

De plus, à réception des documents médicaux communiqués par le recourant dans le cadre de la procédure sur opposition, qui font état d'un lien de causalité entre les dorso-lombalgies et la boiterie consécutive à la gonarthrose tri-compartimentale post-traumatique, l'intimée ne pouvait pas émettre une décision sur opposition sans avoir, au préalable, soumis ces documents médicaux à son service médical pour prise de position sur le lien de causalité naturelle.

En conséquence, le Tribunal de céans arrive à la conclusion que l'intimée a violé son obligation d'instruction d'office.

Par ailleurs, il constate qu'il ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour trancher la question d'un éventuel rapport de causalité entre les douleurs dorso-lombaires et la boiterie consécutive à la gonarthrose tri-compartimentale post-traumatique. Il y a lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, la seule référence à la doctrine médicale - sans examen du cas concret - ne permet pas, en principe, de s'écarter de l'opinion convaincante de médecins qui ont examiné le cas particulier (ATFA du 5 juin 2003, U 38/01 consid. 5.2.2, RAMA 2003 n° U 487 p. 347). De plus, le cas d'espèce est similaire à celui qui a donné lieu à cette jurisprudence, puisqu'il s'agissait également d'un cas de douleurs lombaires consécutives à un mauvais point d'appui dû à un accident. Or, dans l'arrêt susmentionné, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que, dans les cas de mauvais appui en présence de boiterie ou de raccourcissement de la jambe, il n'était pas possible de nier systématiquement le lien de causalité avec des douleurs lombaires sans examen du cas particulier, en se référant seulement aux études scientifiques. Il a justifié sa position en précisant qu'il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires, ainsi que le TFA l'avait jugé plusieurs fois (U 380/00 consid. 3.3, U 191/99 consid. 4, U 4/00 consid. 3c). En conséquence, en l'espèce, il n'est pas possible de statuer sans procéder à un examen concret du cas particulier et, plus spécialement, sans soumettre cette question à un médecin spécialiste.

9. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapi-

dité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

En l'espèce, étant donné que l'intimée n'a procédé à aucun acte d'instruction, elle a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais, de plus, failli à son devoir d'instruction d'office. En conséquence, le dossier lui est renvoyé afin qu'elle mette en œuvre une expertise externe auprès d'un orthopédiste pour déterminer si les rachialgies sont vraisemblablement secondaires à la gonarthrose tricompartimentale post-traumatique générant une boiterie de décharge, et qu'elle rende ensuite une nouvelle décision.

10. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et le dossier renvoyé à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise externe auprès d'un orthopédiste au sens des considérants.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.

3. Annule les décisions de la SUVA des 18 mai 2004 et 15 juillet 2004.

4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. 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 :

Janine BOFFI — Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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