

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2163/2013

ATAS/423/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur E _____, domicilié -à VERSOIX, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître SEITENFUS Roman

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise, Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître ELSIG Didier

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Eugen MAGYARI et Evelyne
BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur E_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1951, d'origine italienne, a une formation de peintre en bâtiment et il a toujours travaillé dans ce domaine.
2. L'assuré a été engagé par l'entreprise X_____ dès le 1^{er} juin 2011 et, à ce titre, il est assuré auprès de la SUVA pour les accidents professionnels et non professionnels.
3. Alors qu'il peignait un plafond, l'assuré est tombé d'une échelle le 18 mai 2012, d'une hauteur de 1,40 m. En se réceptionnant sur les pieds, il a immédiatement ressenti un craquement et des douleurs dans le genou gauche.
4. L'accident a été déclaré le 21 juin 2012. L'assuré a été totalement incapable de travailler du 18 juin 2012 au 26 août 2012, puis à 50%.
5. Consultée le 22 mai 2012, la Dresse L_____, médecin-traitant de l'assuré, a diagnostiqué une entorse traumatique du genou gauche et une déchirure du ménisque interne.
6. L'IRM du 6 juin 2012 confirme une déchirure linéaire oblique de grade III de la corne postérieure et de la partie postérieure du corps méniscal interne, révèle une chondropathie dégénérative de grade I-II dans le compartiment fémoro-tibial interne, sans ulcération ni fissuration profonde et un kyste de Baker.
7. Le Dr M_____, rhumatologue, a diagnostiqué le 11 août 2012, une lésion méniscale interne de grade III du genou gauche ainsi qu'une hernie foraminale L4-L5 gauche. La Dresse L_____ a précisé, le 12 novembre 2012, que la nécessité d'une intervention chirurgicale serait évaluée aux HUG, l'état étant stationnaire, avec une reprise du travail à 50% depuis le 27 août 2012.
8. La Dresse N_____, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 5 décembre 2012. L'examen clinique montre une amyotrophie généralisée du membre inférieur gauche. L'assuré a besoin de physiothérapie pour améliorer la musculature. Il faut progressivement augmenter la reprise du travail, trois heures le matin et deux heures l'après-midi, durant trois à quatre semaines, puis faire une reprise totale. Si la reprise totale n'est pas satisfaisante, il conviendrait de réévaluer la situation. Le rapport de consultation du 10 septembre 2012 du Dr O_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, transmis à la SUVA le 26 novembre 2012, confirme que l'IRM montre une lésion de la corne postérieure du ménisque interne d'allure plutôt dégénérative, les radiographies effectuées ensuite démontrant un petit ostéophyte en interne, avec une diminution de l'épaisseur de l'interligne interne. Au vu de la situation, il n'est pas sûr que la lésion méniscale soit au premier plan de la symptomatologie, mais propose une infiltration de cette corne postérieure pour évaluer la situation. Il réévaluera ensuite la nécessité de pratiquer une arthroscopie.

-
9. La Dresse L_____ a indiqué le 4 février 2013 que l'évolution était lentement favorable. La reprise à 60% a débuté le 11 décembre 2012. Le pronostic est favorable, mais le patient se demande s'il pourra reprendre à 100%.
 10. Selon l'appréciation médicale du 7 février 2013 de la Dresse P_____, qui se fonde sur l'avis du Dr O_____, l'assuré présente des troubles dégénératifs de son genou gauche et à plus de six mois après le traumatisme, sans lésion typiquement traumatique, sur un genou dégénératif, les effets délétères de l'événement sont actuellement et définitivement éteints (*statu quo sine*).
 11. Par décision du 15 février 2013, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 28 février 2013, les troubles persistants n'étant plus en relation de causalité avec l'accident, de plus, à six mois de l'événement, les effets délétères sont définitivement éteints.
 12. L'assuré s'est opposé à la décision, faisant valoir que celle-ci se fonde exclusivement sur le rapport du 13 septembre 2012 du Dr O_____, qui ne fait qu'évoquer une possible nature dégénérative de la lésion de la corne du ménisque.
 13. Par décision sur opposition du 29 mai 2013, la SUVA a rejeté l'opposition. tant l'IRM que l'appréciation de la Dresse P_____ et celle du Dr O_____, montrent que la symptomatologie du genou ne dépend pas en premier lieu de la lésion méniscale car, en présence d'un état dégénératif, la chute, qui n'a pas provoqué de lésion typiquement traumatique, a cessé de déployer des effets délétères passés un délai de plus de six mois.
 14. Le Dr M_____ a attesté le 20 mai 2013 que, la lésion méniscale de grade III est en relation avec l'événement accidentel, avec une probabilité de plus de 50%. Dans l'hypothèse d'un état maladif préexistant, la lésion en question ne serait pas apparue sans l'accident. L'ostéophyte mentionné par le Dr O_____ n'est pas dû à l'accident. La capacité de travail de l'assuré dans son activité de peintre en bâtiment ne peut pas dépasser 50%. Au vu de l'échec de tous les traitements, une arthroscopie est à envisager. L'assuré souffre également de lombosciatalgie à prédominance gauche ainsi que d'une hernie foraminale L3-L4 gauche, qui contribuent également à la réduction de la capacité de travail.
 15. Saisi d'une demande de reconsidération, la SUVA a maintenu sa décision, l'avis du Dr M_____ faisant totalement abstraction du fait que son patient présente des lésions dégénératives massives.
 16. L'assuré a fait recours le 1^{er} juillet 2013. Il conclut à l'audition du Dr M_____ et à l'annulation de la décision querellée, afin que la SUVA reprenne le versement des indemnités journalières au-delà du 1^{er} mars 2013. La décision est fondée sur des rapports médicaux qui ne sont pas convaincants. Le Dr O_____ se contente d'estimer que l'affection serait « plutôt » de nature dégénérative. La Dresse P_____ n'étaye pas son avis lorsqu'elle affirme que le *statu quo sine* serait atteint. Or, la causalité naturelle est donnée lorsqu'un état

maladif préexistant est révélé par un accident pour autant que le *statu quo sine* ne soit pas atteint, ce que le Dr M_____ retient. Ainsi, même si la lésion méniscale était de nature dégénérative, le *statu quo sine* ne serait pas atteint.

17. La SUVA a répondu le 2 septembre 2013. Elle conclut au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité. Il n'existe aucun élément médical déterminant dans le dossier permettant de douter des avis circonstanciés, émis en toute connaissance de cause par la Dresse P_____. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteur étranger à l'accident. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles ne jouent plus de rôle et peuvent être ainsi considérés comme ayant disparu.
18. L'assuré s'est déterminé le 7 octobre 2013. Il sollicite l'audition des Drs O_____ et M_____. Le rapport du Dr O_____ n'est pas clair. Soit la lésion d'allure dégénérative n'a aucun lien avec l'accident du 18 mai 2012, soit cet accident est intervenu dans le cadre d'un état maladif préexistant. Cette deuxième hypothèse semble être admise par la Dresse P_____. Cela étant, le Dr O_____ n'est sûr de rien et c'est sur son examen que la Dresse P_____ se fonde. A l'inverse, le rapport du 20 mai 2013 du Dr M_____ qui intervient plus d'une année après l'accident permet d'avoir une vue plus claire quant aux conséquences de ce dernier. Or, il retient que la lésion méniscale est en relation de causalité avec l'accident, selon un degré de vraisemblance prépondérante.
19. Interrogé par la Cour de céans, le Dr Q_____, médecin adjoint au Service de chirurgie orthopédique des HUG, ayant remplacé le Dr O_____, a répondu ainsi aux questions posées. L'assuré a bénéficié d'une infiltration du genou gauche sous contrôle échographique le 20 septembre 2012, au niveau de la corne postérieure du ménisque interne au niveau du mur. Selon la lettre de consultation du 18 février 2013 adressée au Dr M_____, il a été revu le 11 février 2013, consultation lors de laquelle on constate que l'infiltration n'a pas amélioré la situation, l'assuré décrivant des douleurs, sans blocage ni épanchement. A l'examen clinique, il n'y a pas d'épanchement, la flexion/extension est complète, sans instabilité et avec des signes méniscaux négatifs, mais une légère douleur à la palpation du condyle interne du genou gauche. Une arthroscopie est alors déconseillée, en l'absence de signes méniscaux, le Dr Q_____ retenant plutôt une lésion dégénérative du ménisque, le traumatisme en descendant les escaliers ayant pu déclencher des douleurs dans ce genou. En réponse aux questions de la Cour, le Dr Q_____ explique qu'aucune arthroscopie n'a été pratiquée. Il reprend la description de l'IRM du 6 juin 2012 faite par le radiologue et précise que les radiographies du 10 septembre 2012 montrent la présence d'ostéophytes au niveau du compartiment fémoro-tibial interne en relation avec une atteinte dégénérative de ce compartiment. En conséquence, le rapport de cause à effet entre l'accident et les lésions ainsi que la symptomatologie est seulement possible. Le patient présente des troubles dégénératifs au niveau du compartiment interne, très

probablement déjà présents avant le traumatisme en descendant d'une échelle, mais il ne se plaignait pas de douleurs auparavant, alors que celles-ci persistent. Le statu quo sine n'est donc pas encore atteint.

20. Un délai a été fixé aux parties pour conclure.

a) Selon l'assuré, le rapport du Dr Q_____ est contradictoire, en apparence. Il ne retient qu'un lien de causalité possible, mais conclut que le statu quo sine n'est pas atteint. L'assuré présentait un état maladif préexistant, qui a été aggravé par l'accident de sorte que l'assureur accident doit prendre en charge le cas, dans la mesure où le dommage ne résulte pas exclusivement d'une cause étrangère à l'accident. Le Dr Q_____ admet que plusieurs causes coexistent et il faut surtout retenir qu'il confirme que le statu quo sine n'est pas atteint. Dans l'hypothèse où la Cour ne partageait pas cette solution, il conviendrait alors de réinterroger le Dr Q_____, en lui soumettant l'IRM du 6 juin 2012 et pas seulement le rapport du radiologue. L'assuré a persisté dans ses conclusions.

b) Selon la SUVA, l'instruction exhaustive de la Cour permet de retenir que le lien de cause à effet entre l'accident et les lésions n'est que possible et que les lésions de nature dégénérative étaient très probablement déjà présentes avant l'accident. L'avis du Dr Q_____ est donc superposable à celui du Dr O_____ et l'opinion du Dr M_____ est minoritaire. Ainsi, en présence d'un état dégénératif, la chute, qui n'avait pas provoqué de lésions typiquement traumatiques, a cessé de déployer des effets délétères après un délai de six mois. La SUVA a donc persisté dans ses conclusions.

21. 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à la prise en charge du cas par la SUVA au-delà du 28 février 2013, singulièrement sur le lien de causalité entre l'accident et les troubles persistants.

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

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. a) 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 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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

b) Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou

tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

c) 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 ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

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

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. En l'espèce, la décision de la SUVA se fonde sur l'avis de son médecin conseil, la Dresse P_____. Son rapport se fonde sur l'examen de l'assuré, l'ensemble de son dossier médical et tient compte des plaintes subjectives. Au surplus, ses conclusions sont claires et bien motivées. Il peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante. Reste donc à examiner si cet avis est contredit par d'autres avis révélant des éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés et qui sont suffisamment pertinents pour justifier une instruction complémentaire. Tant le Dr O_____ que le Dr Q_____ confirment que l'IRM pratiquée le 6 juin 2012 et les radiographies du 10 septembre 2012 montrent que la lésion de la corne postérieure du ménisque interne a une allure dégénérative plutôt que traumatique. D'ailleurs, après la tentative d'infiltration, qui est restée sans effet, l'examen clinique du 18 février 2013 effectué par le Dr Q_____ confirmait l'absence de signes méniscaux et le caractère dégénératif de la lésion du ménisque, raison pour laquelle d'ailleurs l'arthroscopie n'a pas été pratiquée. Il se confirme donc que les lésions du compartiment fémoro-tibial interne sont de nature dégénérative et qu'elles étaient probablement déjà présentes avant le traumatisme de mai 2012. Le Dr O_____ et le Dr Q_____ retiennent ainsi que la symptomatologie douloureuse et les troubles résiduels ne présentent qu'un lien de causalité possible avec l'accident. L'avis isolé du Dr M_____, qui persiste dans ses conclusions malgré le rapport circonstancié qu'il a reçu du Dr Q_____ le 18 février 2013, n'est pas motivé et se fonde exclusivement sur le fait que l'assuré, avant la chute sans gravité du 18 mai 2012, ne présentait pas de douleurs dans le genou gauche, ce qui n'est pas suffisant de jurisprudence constante.

Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles, en particulier les douleurs, du genou gauche ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 18 mai 2012, et ce en tout cas six mois après le traumatisme.

A cet égard, le fait que l'assuré ait présenté des douleurs seulement après l'accident ne suffit pas non plus, au regard de la jurisprudence citée, pour retenir que l'accident aurait aggravé un état maladif préexistant et, surtout, que six mois après un accident de peu d'importance, sans lésion traumatique avérée, les troubles résiduels ne seraient pas exclusivement dus à l'état maladif préexistant. Au surplus, le fait que l'assuré présente encore des douleurs ne permet pas, comme le retient le Dr Q_____, de retenir que le statu quo sine n'est pas encore atteint, dès lors qu'en présence d'une lésion dégénérative, il est établi que l'état de santé de l'intéressé est similaire, six mois après l'accident, à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident, par suite d'un développement ordinaire de la lésion dégénérative, dès lors que l'accident lui-même n'a pas provoqué de lésion de la corne du ménisque.

Il ne se justifie donc pas d'ordonner une instruction complémentaire. En particulier, la lecture du compte-rendu du radiologue ayant pratiqué l'IRM du 6 juin 2012 a été

suffisante pour que le Dr Q_____ se détermine en pleine connaissance de cause.

La décision de la SUVA qui a mis un terme au paiement des indemnités et des soins médicaux au 28 février 2013, soit neuf mois après l'accident du 18 mai 2012 est donc bien fondée et doit être confirmée.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

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

Statuant

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 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

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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