

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2511/2014

ATAS/516/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 juin 2015**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître DERIVAZ Olivier

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD-MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1955, agent de surveillance au chômage, a vu son genou gauche « lâcher » en sortant de sa baignoire le 6 novembre 2012.
2. Par courrier du 14 novembre 2012 à la clinique La Colline, qui a prodigué les premiers soins à l'assuré, la SUVA Genève (ci-après : la SUVA, l'assureur ou l'intimée) a annoncé qu'elle allouait des prestations d'assurance pour les suites de l'événement du 6 novembre 2012, ajoutant qu'elle accordait à cet établissement une garantie de prise en charge pour le traitement hospitalier « conformément aux contrat et tarif LAA ».
3. Dans une appréciation médicale du 25 mars 2014, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA a retracé divers événements portés à la connaissance de l'assureur. Outre le cas du 6 novembre 2012, pour lequel des séances de physiothérapie avaient été prescrites par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, il était fait mention :
  - d'une torsion de la cheville gauche, annoncée par l'assuré le 27 février 2012 et enregistrée sous un numéro de sinistre distinct ;
  - d'un séjour à la clinique romande de réadaptation (CRR) du 29 janvier au 27 février 2013 pour les suites liées aux événements/affections suivants :
    - entorse de la cheville gauche ;
    - entorse du genou droit en septembre 2011 et septembre 2012 ;
    - entorse du genou gauche du 6 novembre 2012 ;
    - arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale prédominant à droite ;
    - antécédent de déchirure partielle des ligaments péronéo-tibiaux de la cheville droite en 2002 ;
  - d'un rapport de consultation à la CRR, établi le 4 février 2013 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il y était fait état d'un diagnostic de gonarthrose valgusante bilatérale et fémoro-patellaire bilatérale, plus marquée à droite qu'à gauche, ainsi que d'un excès pondéral ;
  - de la réalisation d'une ostéotomie de valgisation par soustraction externe du péroné à droite le 30 mai 2013 ;
  - de la réalisation d'une ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche par soustraction externe le 20 février 2014.

Dans l'appréciation proprement dite, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le genou gauche présentait déjà des lésions dégénératives avant l'événement traumatique du 6 novembre 2012, qualifié de « simple épisode de lâchage », pour lequel il retenait un *statu quo sine* au 6 mai 2013. Dans la mesure où l'assuré présentait toujours des

troubles au genou gauche, la relation de causalité entre ceux-ci et l'événement traumatique du 6 novembre 2012 était au mieux possible. Quant aux lésions dégénératives, elles avaient motivé « l'intervention mentionnée ».

4. Le 9 mai 2014, la SUVA a informé le Dr B\_\_\_\_\_ que l'assuré n'était pas d'accord avec son appréciation, s'agissant de la survenance *statu quo sine* au 6 mai 2013. Elle lui a également annoncé que l'assuré avait été victime d'un nouvel accident, survenu à la clinique de Joli-Mont le 16 mars 2014. Son genou droit avait lâché et il était tombé. Enfin, elle a demandé au Dr B\_\_\_\_\_ si les nouveaux éléments médicaux versés au dossier modifiaient son appréciation du 25 mars 2014. Parmi ceux-ci figurait un courrier du Dr D\_\_\_\_\_, adressé le 10 avril 2014 à l'attention du médecin responsable de la clinique de Joli-Mont.

Il en ressort que l'assuré était à six semaines d'une ostéotomie de valgisation du tibia et du péroné proximal gauche et qu'il était par ailleurs au décours d'une opération similaire au niveau du genou droit. Actuellement, sa rééducation était un peu « en stand-by » en raison de lâchages antalgiques du quadriceps à droite. Il pouvait marcher juste un peu et portait encore une attelle velcro. Le genou gauche présentait un déficit d'extension de 15°, une flexion de 90° et une cicatrice « tout juste en ordre ». Étant donné qu'il était difficile de rééduquer l'assuré à la clinique Joli-Mont en raison de son genou droit, le Dr D\_\_\_\_\_ proposait au « médecin de la SUVA » de le revoir rapidement et, s'il était d'accord, de l'adresser rapidement à la CRR pour qu'il commence à marcher en piscine. Au décours de ceci, il convenait de prévoir un début de rééducation à sec après un nouveau contrôle radioclinique, idéalement dans cinq semaines.

5. Le 12 mai 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il maintenait le *statu quo sine* selon l'appréciation du 25 mars 2014 « et les radios du pacs de 2012 ».
6. Par décision du 23 mai 2014, la SUVA a annoncé qu'elle devait clore le cas au 6 mai 2013 en mettant un terme aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement en lien avec l'événement du 6 novembre 2012. Selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles qui avaient nécessité une intervention aux HUG (recte : CHUV) le 20 février 2014 ainsi qu'un séjour à la clinique de Joli-Mont n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade. Enfin, il était précisé que l'effet suspensif attaché à une éventuelle opposition était retiré.
7. Au cours d'un entretien téléphonique du 2 juin 2014, l'assuré a exposé à la SUVA que la Poste avait retourné à l'expéditeur le pli recommandé qui lui avait été adressé. Aussi demandait-il à recevoir une copie de cette lettre.
8. Par entretien téléphonique du même jour, la SUVA a expliqué au secrétariat du Dr D\_\_\_\_\_ qu'elle avait refusé de prendre en charge le séjour à la CRR préconisé par ce médecin. En effet, cette proposition de suivi médical était en lien avec l'atteinte au genou gauche, pour laquelle la SUVA estimait ne plus devoir de prestations.

9. Le 2 juin 2014, la SUVA a adressé à l'assuré une copie de la décision du 23 mai 2014, précisant que cette seconde expédition ne modifiait en rien le délai de recours légal, celui-ci ayant pris son cours à compter de la notification du premier envoi.
10. Par courrier du 23 juin 2014, l'assuré, agissant par l'entremise de son conseil, a formé opposition à la décision, faisant valoir que l'intervention subie le 20 février 2014 constituait clairement une suite de l'accident du 6 novembre 2012. Étant donné que la SUVA avait pris en charge une ostéotomie de valgisation du péroné droit, il ne faisait pas l'ombre d'un doute que l'ostéotomie de valgisation du tibia gauche relevait du même complexe médical. Dans la mesure où il n'était pas encore en possession de l'intégralité du dossier médical, il ne manquerait pas de compléter son opposition sitôt en possession des avis médicaux qu'il avait sollicités auprès de deux de ses médecins. En tout état de cause, il était exclu de retenir que les troubles qui avaient justifié l'intervention du 20 février 2014 seraient de nature exclusivement malade.
11. Le 26 juin 2014, la SUVA a reçu une copie d'un courrier du Dr D\_\_\_\_\_, adressé trois jours plus tôt au docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie et en médecine interne.

Il en ressort que l'assuré a été reçu par le Dr D\_\_\_\_\_ le 16 juin 2014, en vue d'un contrôle après ostéotomie de valgisation du genou gauche le 20 février 2014 et du genou droit le 30 mai 2013. D'un point de vue strictement orthopédique, le genou gauche allait bien, présentait une extension complète et une bonne flexion. Sur les radiographies, il était bien valgisé et la valgisation bien consolidée. À droite en revanche, le patient présentait des lâchages antalgiques du quadriceps et des douleurs antérieures du genou un peu internes. Même si cliniquement, le genou gauche était bien corrigé et solide d'un point de vue radiologique, le résultat fonctionnel n'avait jamais été aussi bon à droite qu'à gauche. En l'état, l'assuré était en arrêt de travail pour les problèmes du genou droit jusqu'au contrôle final en automne 2014. Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ a délivré une prescription pour des moyens auxiliaires (supports plantaires et chaussures modifiées) et invité la SUVA, destinataire en copie du courrier, à les prendre en charge.

12. Le 26 juin 2014, la SUVA a imparti un délai de 15 jours à l'assuré pour motiver son opposition.
13. Le 3 juillet 2014, la SUVA a reçu une facture d'un montant de CHF 35.- délivrée par l'entreprise Transports partners SA, afférente au transport de l'assuré en fauteuil roulant de la clinique de Joli-Mont à son domicile le 28 mai 2014.
14. Le 7 juillet 2014, la SUVA a retourné ladite facture à l'assuré, motif pris que celle-ci concernait l'accident du genou gauche, pour lequel la décision du 23 mai 2014 mettait fin aux prestations avec effet au 6 mai 2013.
15. Par courrier du 10 juillet 2014, l'assuré a complété son opposition en se référant aux protocoles opératoires du 31 mai 2013 et du 24 février 2014, qui faisaient état d'une « ostéotomie par soustraction externe du tibia proximal droit »,

respectivement d'une « ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche par soustraction externe ». Il s'agissait ainsi de deux interventions strictement identiques, réalisées une fois sur le tibia droit et une fois sur le tibia gauche, ce qui l'amenait à la conclusion suivante : « mêmes causes, mêmes effets ». Dans la mesure où la SUVA avait pris en charge l'intervention du 30 mai 2013, il lui incombait de prendre en charge celle du 20 février 2014 également. Fort de ce raisonnement, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 23 mai 2014 et invité la SUVA à prendre en charge l'intervention du 20 février 2014 ainsi que le séjour à la clinique de Joli-Mont.

16. Le 18 juillet 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ que la SUVA avait invité huit jours plus tôt à donner son appréciation sur les récents développements du dossier – a indiqué : « pas de modification de l'appréciation ».
17. Par décision du 24 juillet 2014, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé la décision initiale. Il y avait lieu d'accorder entière valeur probante aux conclusions émises par le Dr B\_\_\_\_\_, lesquelles n'étaient contredites par aucun autre avis médical au dossier. Au contraire, les docteurs F\_\_\_\_\_, rhumatologue, et G\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à la CRR, avaient estimé le 12 mars 2013, à l'issue du séjour de l'assuré du 29 janvier au 27 février 2013 dans leur établissement, que l'arthrose des genoux n'avait aucun lien avec l'accident. Pour le surplus, ils avaient certifié que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison de facteurs médicaux sans lien avec l'accident – arthrose bilatérale fémoro-tibiale interne prédominant à droite et fémoro-patellaire droite, arthrose débutante bilatérale des chevilles, obésité morbide, syndrome dépressif – et de facteurs non médicaux – chômage de longue durée, âge avancé, motivation incertaine à reprendre une activité (cf. pièce 1 recourant, p. 4-5).

Ainsi, la SUVA estimait que le fait d'avoir pris en charge l'intervention au genou droit – visiblement à tort si l'on se référait à l'avis des médecins de la CRR – n'avait aucune influence sur l'issue de la procédure concernant le genou gauche.

18. Par acte du 26 août 2014, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre la décision du 24 juillet 2014, concluant à son annulation et à la condamnation de la SUVA à prendre en charge les séquelles médicales de l'accident dont il avait été victime le 6 novembre 2012.

À l'appui de ses conclusions, il a repris en substance l'argumentation développée dans ses courriers des 23 juin et 10 juillet 2014, ajoutant qu'il ne ressortait d'aucun rapport relatif aux opérations subies aux deux genoux qu'il existait une différence d'appréciation quant aux causes des atteintes, celles-ci étant toutes mises en relation avec des accidents, c'est-à-dire les entorses dont il avait été victime en septembre 2011 et le 7 septembre 2012 au genou droit et le 6 novembre 2012 au genou gauche. Dès lors qu'une entorse constituait par définition une lésion traumatique, il convenait d'en conclure que les diagnostics retenus dans le rapport médical de la CRR du 12 mars 2013, faisant état d'entorses des genoux droit et gauche, étaient

clairement en lien avec les accidents dont il avait été victime, celui en lien avec son genou gauche remontant au 6 novembre 2012. En conséquence, il était exclu de retenir que les troubles ayant nécessité l'intervention du 20 février 2014 et ses suites – rééducation – étaient de nature malade, ce d'autant moins que les rapports du Dr B\_\_\_\_\_ sur lesquels se fondait l'intimée étaient laconiques à souhait et nullement étayés et, partant, dépourvus de valeur probante.

19. Par réponse du 24 septembre 2014, l'intimée, agissant par l'entremise de son conseil, a soutenu que les critiques exprimées à l'encontre de son médecin d'arrondissement étaient infondées et ne s'appuyaient sur aucun avis médical. En revanche, il ressortait clairement du rapport des médecins de la CRR que le recourant présentait des affections d'ordre arthrosique à ses genoux, sans lien avec les accidents subis, en particulier pas avec celui subi le 6 novembre 2012. C'est donc à bon droit qu'elle avait refusé de prendre en charge les suites de l'arthrose du recourant, le recourant n'ayant pas prouvé que cette dernière avait une origine traumatique. Dans ces circonstances, la décision du 24 juillet 2014 devait être confirmée et le recours rejeté.
20. Par réplique du 16 octobre 2014, le recourant a soutenu que l'intimée ne faisait que répéter l'avis de son médecin d'arrondissement, lequel n'était en rien étayé d'un point de vue médical. Puisque l'intimée avait pris en charge l'opération du genou droit sans émettre la moindre réserve, il lui incombait d'en faire de même pour l'opération du genou gauche. En effet, aucune différence n'avait été mise en exergue « quant aux causes des atteintes aux deux genoux ».
21. Copie de cette écriture a été communiquée le 20 octobre 2014 à l'intimée.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. À 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.

Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

- 
3. Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable via par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement.

Suite à la notification de la décision querellée du 24 juillet 2014, le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), a commencé à courir le 16 août 2014. Posté le 26 août 2014, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 mai 2013. Singulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés après cette date sont en lien de causalité avec l'événement assuré du 6 novembre 2012.
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. 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.

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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).

b. 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Il en va de même si les rapports sur lesquels ladite expertise se fonde, permettent de retracer de manière exhaustive l'anamnèse, l'évolution du cas et le status actuel et que ces points sont incontestés. L'expert appelé à se déterminer sur la base du seul dossier doit être en mesure de se faire une représentation globale non lacunaire au moyen des pièces disponibles. En revanche, le fait que les conclusions d'un tel expert et celles d'autres médecins, dans les rapports médicaux examinés par celui-ci, divergent ne constitue pas en soi un indice en défaveur de la fiabilité des conclusions du premier. Une telle divergence conduit uniquement à se demander s'il est possible de trancher le litige en l'état ou s'il y a lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires (RAMA 1988 n° U 56 p. 366 consid. 5b et les références). La nécessité d'un examen personnel de l'assuré par l'expert ne

---

passé au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. Dans ces circonstances, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier peut effectivement se voir reconnaître pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

10. 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).
11. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).
- b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé.

---

Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c. 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 rapidité de la procédure, ni la maxime 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). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celui-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). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que le juge cantonal ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assureur de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

12. a. En l'espèce, l'intimée considère que le *statu quo sine* a été atteint six mois après l'accident du 6 novembre 2012, soit le 6 mai 2013. Selon elle, les troubles qui subsistent à cette date ne sont plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade. À cet égard, elle se fonde sur les conclusions formulées le 25 mars 2014 par son médecin d'arrondissement, le Dr B\_\_\_\_\_. Celui-ci indique – outre la date du *statu quo sine* évoquée – que le recourant a déjà annoncé plusieurs épisodes traumatiques par le passé – dont le cas du 6 novembre 2012 –, et précise, d'une part, que le genou gauche présentait déjà des lésions dégénératives qui ont motivé l'intervention du 20 février 2014 au genou gauche et, d'autre part, que la relation de causalité entre les troubles actuels au genou gauche et l'événement traumatique du 6 novembre 2012 est « au mieux possible ».

Pour sa part, le recourant conteste que l'intervention du 20 février 2014, effectuée au CHUV, ait été motivée par les lésions dégénératives au genou gauche. Dans la mesure où les suites des deux entorses du genou droit – y compris l'intervention du 30 mai 2013 au genou droit – ont été prises en charge par l'intimée au titre de suites d'événements accidentels, il incombe à l'intimée d'en faire de même pour l'intervention qualifiée de « strictement identique » au genou gauche.

b. À l'examen, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ du 25 mars 2014 revêt un caractère très succinct. Bien que ce médecin reconnaisse le caractère traumatique de l'événement du 6 novembre 2012 sur fond d'arthrose du

genou gauche, il fait en revanche l'économie de préciser l'impact que cet accident a eu sur l'état maladif qu'il qualifie de préexistant. Il ne motive pas non plus la date du *statu quo sine* qu'il fixe au 6 mai 2013, et n'étaye pas ses conclusions au moyen des faits qu'il résume dans l'anamnèse, laissant au lecteur le soin de supputer sur quels éléments précis il se fonde. Dans le cadre de cet exercice, l'intimée y voit une référence au rapport des médecins de la CRR du 12 mars 2013. Elle se garde toutefois de mettre en exergue les points saillants du rapport en question. Il y est en effet précisé que plusieurs accidents en 2012 ont déstabilisé la situation clinique (pièce 1 p. 5 recourant), que « la situation n'est pas stabilisée du point de vue médical », le contraire n'étant admis que si l'indication opératoire n'est pas retenue par le chirurgien traitant (p. 4).

Compte tenu des interventions médicales effectuées au genou droit le 30 mai 2013 et au genou gauche le 20 février 2014, cette indication opératoire a apparemment été retenue, mais l'intimée n'a accepté de prendre en charge que l'intervention du 30 mai 2013, soit vingt, respectivement huit mois après les entorses au genou droit de septembre 2011 et septembre 2012, ce dans un contexte de « gonarthrose FT interne bilatérale déjà évoluée » (pièce 1 p. 5 recourant), touchant ainsi à la fois le genou droit et le genou gauche. On peut certes objecter que ce n'est pas parce que l'état de santé ne serait pas stabilisé avant les interventions chirurgicales – préavisées favorablement – aux deux genoux que les troubles motivant ces interventions présenteraient nécessairement, à gauche comme à droite, un lien de causalité naturelle probable avec les entorses subies. Toutefois, le médecin d'arrondissement ne se prononce pas sur ce point essentiel, pas plus qu'il ne motive le lien de causalité seulement « possible » qu'il retient entre l'événement du 6 novembre 2012 et les « troubles actuels » du genou gauche.

Étant donné que le recourant s'est étonné de manière légitime, déjà au stade de la procédure d'opposition, de la différence de prise en charge entre le genou droit et le genou gauche, malgré d'apparentes similitudes concernant à la fois la nature du traumatisme – entorses – et ses conséquences (cf. notamment les pièces 2 et 3 recourant) et que l'intimée a de surcroît interpellé son médecin d'arrondissement à ce sujet, l'absence complète de motivation que comporte la réponse donnée par ce dernier – « pas de modification de l'appréciation » – n'en est que plus critiquable.

Ainsi, la fixation du *statu quo sine* six mois après l'événement du 6 novembre 2012 n'apparaît pas du tout convaincante, que ce soit en considérant cette conclusion isolément ou en la mettant en perspective avec la situation similaire de l'autre genou. L'intimée tente certes de pallier l'absence de motivation de son médecin d'arrondissement en invoquant une prise en charge « par erreur » de l'intervention au genou droit. Cela étant, cette dernière explication est d'autant moins de nature à modifier l'appréciation de la chambre de céans que l'erreur alléguée n'est pas médicalement étayée par une appréciation plus restrictive du *statu quo sine* que celle qui a présidé à la prise en charge de l'intervention au genou droit le 30 mai 2013, mais découle d'une déduction pour le moins hasardeuse tirée d'un pronostic

défavorable de réinsertion dans l'ancienne activité émis par les médecins de la CRR dans leur rapport du 12 mars 2013, en raison de facteurs médicaux sans lien avec l'accident et de facteurs non médicaux (pièce 1 p. 4 et 5 recourant). En effet, le pronostic des médecins de la CRR ne renseigne pas de manière fiable sur la persistance de troubles d'origine traumatique en tant que tels et leur lien de causalité avec les événements accidentels de 2011 et 2012, en particulier du 6 novembre 2012.

c. Au regard de l'ensemble de ces éléments, la valeur probante de l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ du 25 mars 2014 et de ses compléments non motivés des 12 mai et 18 juillet 2014 doit être niée.

Quant au rapport de la CRR du 12 mars 2013, il comporte certes une évaluation pluridisciplinaire globale dans les suites de plusieurs accidents touchant les chevilles et les genoux. Toutefois, on l'a vu, il ne se prononce pas – ne serait-ce qu'indirectement – sur les questions litigieuses, de sorte qu'on ne saurait lui reconnaître de valeur probante dans le présent contexte. Ce constat vaut a fortiori pour les autres rapports médicaux versés au dossier, qui rendent compte principalement des opérations effectuées aux deux genoux et de leurs suites.

Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 6 novembre 2012 et les atteintes au genou gauche du recourant, en particulier sur la date d'un éventuel *statu quo sine*. Force est donc de constater que l'intimée a établi les faits de manière sommaire et incomplète, sur la base des appréciations peu, voire pas motivées du Dr B\_\_\_\_\_, qui s'avèrent dépourvues de valeur probante. En pareil cas, il n'appartient pas à la chambre de céans de suppléer aux carences de l'instruction de l'intimée. En conséquence, le dossier lui sera renvoyé pour instruction complémentaire sur le lien de causalité entre l'accident du 6 novembre 2012 et les troubles du genou gauche du recourant, en particulier sur la date de survenance d'un éventuel *statu quo sine*. Cette instruction sera mise en œuvre par une expertise orthopédique confiée à un expert indépendant, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

13. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, en ce sens que la décision du 24 juillet 2014 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

Représenté par un mandataire et obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité, qui sera fixée à CHF 1'000.-, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA, E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA, E 5 10.03).

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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 24 juillet 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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