

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/259/2017

ATAS/963/2017

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

**Arrêt du 26 octobre 2017**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marco CRISANTE

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, case postale  
4358, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en le \_\_\_\_\_ de carreleur, pour le compte de B\_\_\_\_\_ SA. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'assurance).
2. Alors qu'il travaillait sur un chantier, le 9 novembre 2015, l'assuré a manqué une marche et a chuté. En tombant, il s'est cogné le genou droit et s'est tordu la cheville.
3. L'assuré s'est rendu au centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré SA, où il a, dans un premier temps, été examiné par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin FMH. A la demande de celui-ci, les examens suivants ont été effectués :
  - une radiographie réalisée le 11 novembre 2015 n'a pas mis en évidence de fractures ; en revanche, un petit éperon calcanéen a été constaté ;
  - l'ultrason du même jour a décelé un épanchement intra-articulaire au niveau du genou et une lésion méniscale a été soupçonnée ; en revanche, aucune lésion au niveau de la cheville n'a été vue par les médecins ;
  - une IRM du genou droit, effectuée le 1<sup>er</sup> décembre 2015, a mis en évidence une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne.
4. Selon le rapport initial du Dr C\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2016, les diagnostics étaient ceux d'entorse et épanchement intra-articulaire du genou droit, entorse de la cheville et lésion du ménisque interne de grade III. L'incapacité de travail était totale dès le 9 novembre 2015.
5. Le 8 février 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, également médecin auprès de la permanence précitée, a confirmé le diagnostic de déchirure du ménisque.
6. Le 22 février 2016, l'assuré a été examiné par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport y relatif, daté du même jour, le diagnostic était celui de status après traumatisme du genou droit le 10 novembre 2015. Subjectivement, l'assuré souhaitait reprendre son activité professionnelle, son genou allant mieux. Objectivement, la mobilité du genou était normale, sans signe méniscal à la palpation. Le test de Grinding était négatif. Devant une très discrète lame d'épanchement intra-articulaire, le Dr E\_\_\_\_\_ lui a proposé de faire des séances de physiothérapie. Une reprise à 50% de l'activité professionnelle pouvait être envisagée.

7. Les 10 mars et 29 avril 2016, le Dr D\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'entorse du genou droit. L'évolution était lente et le pronostic favorable. La capacité de travail était de 50% dès le 16 mars 2016.
8. Le 10 mai 2016 vraisemblablement, le Dr D\_\_\_\_ a délivré un certificat attestant à nouveau d'une incapacité totale de travailler depuis cette date.
9. Compte tenu de la discordance entre le rapport du 29 avril 2016 (incapacité de travail de 50%) et le certificat médical vraisemblablement daté du 10 mai 2016 (incapacité de travail totale), la SUVA a sollicité, par courrier du 19 mai 2016, des explications à ce propos.
10. Le 20 mai 2016, l'assurance précitée a suspendu ses prestations à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016.
11. L'assuré a subi une intervention chirurgicale en date du 9 juin 2016. Selon le rapport opératoire y relatif, les diagnostics de gonarthrose débutante, petite déchirure de la corne moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne, chondropathie des compartiments interne et externe ainsi que de plica synovial ont été posés. Lors de l'intervention, le Dr D\_\_\_\_ avait en effet constaté une petite chondrite au niveau du compartiment fémoro-rotulien, une petite déchirure du bord libre du ménisque ainsi qu'un cartilage bien usé, de stade III à IV, au niveau du compartiment fémoro-tibial externe.
12. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré au docteur F\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui s'est prononcé dans un rapport du 11 août 2016. Il en ressort que le 9 juin 2016, le Dr D\_\_\_\_ a réalisé une arthroscopie pour traiter la lésion méniscale interne. Lors de cette intervention, le médecin précité n'a décelé qu'une lésion méniscale très limitée. En revanche, il a constaté une gonarthrose du compartiment fémoro-tibial externe, concernant laquelle le diagnostic de chondrite de stade III à IV sera retenu. Ainsi, pour les seules suites de l'événement assuré (traumatisme avec chute en se cognant le genou droit), le *statu quo sine* était fixé au 31 août 2016 et l'activité professionnelle de carreleur pouvait être reprise au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2016, les troubles dégénératifs au niveau du compartiment étant probablement préexistants à l'accident du 9 novembre 2015.
13. Par décision du 16 août 2016, la SUVA a clos le cas au 31 août 2016 en ce qui concernait les suites de l'accident et a mis fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement). La prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical revenait désormais à l'assurance-maladie. En effet, selon son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident.
14. Par courrier du 23 août 2016, l'assuré a contesté la position de la SUVA, considérant que dans la mesure où il avait subi une intervention chirurgicale au niveau du genou, ses plaintes constituaient des suites de l'accident assuré et non

d'une maladie. Or, entre la rééducation et la guérison, plusieurs mois pouvaient s'écouler depuis l'intervention.

15. Le 30 septembre 2016, sous la plume de son conseil, l'assuré a complété son opposition du 23 août 2016, concluant formellement à l'annulation de la décision du 16 août 2016 et à la constatation qu'il n'était pas mis fin au droit aux prestations avec effet au 31 août 2016 et, partant, que les prestations dues devaient être versées au-delà de cette date.

A l'appui de ses conclusions, l'assuré a notamment considéré que, quand bien même l'intervention du 9 juin avait pu révéler d'autres affections, il n'en était pas moins que son but premier était le traitement des déchirures du ménisque, survenues lors de l'accident assuré. Par ailleurs, il était bien plus probable que les troubles dégénératifs soient apparus après l'accident assuré, l'IRM du 1<sup>er</sup> décembre 2015 n'ayant mis en évidence ni arguments en faveur d'une chondromalacie fémoro-patellaire ni anomalie ligamentaire ou osseuse objectivable. Dans la mesure où le radiologue avait de toute évidence effectué un examen approfondi de la région de la rotule, il paraissait évident que si une chondropathie fémoro-tibiale avait existé, il l'aurait observée. En effet, il était quasiment impossible qu'un médecin puisse établir l'absence de chondromalacie fémoro-patellaire sans constater une chondropathie fémoro-tibiale. Par conséquent, tout portait à croire que ladite affection n'était pas préexistante à l'accident assuré, de sorte que le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate était donné.

16. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr E\_\_\_\_ qui a considéré, dans son appréciation du 18 octobre 2016, que dans la mesure où la lésion méniscale était de petite taille, comme cela avait été signalé par le Dr D\_\_\_\_, il était peu probable que la symptomatologie de l'assuré soit en lien avec cette atteinte. En outre, lors de l'examen clinique du 22 février 2016, il n'y avait pas de signe méniscal à la palpation et le test de Grinding était négatif, étant précisé que ce test avait été effectué dans le but de déterminer s'il y avait une lésion méniscale cliniquement symptomatique. Malgré la normalité de l'évaluation du 22 février 2016, la SUVA avait accepté de prendre en charge l'intervention chirurgicale. La symptomatologie clinique ayant motivé l'intervention était en réalité très probablement en lien avec l'arthrose constatée par le Dr D\_\_\_\_. Par ailleurs, une arthroscopie, permettant une vision directe du genou, était largement supérieure à une imagerie radiologique. Partant, les éléments évoqués par le radiologue le 1<sup>er</sup> décembre 2015 n'étaient pas à prendre en considération. En général, l'évolution de gonarthroses, de chondromalacies fémoro-patellaires et fémoro-tibiales était de long cours, sur plusieurs années. Par conséquent, un lien de causalité naturelle pour le moins probable entre le sinistre annoncé et les lésions constatées huit mois après n'était pas admis. Par ailleurs, lors du sinistre, l'assuré n'avait pas souffert de lésions susceptibles de modifier d'une façon déterminante l'état pathologique antérieur.

17. Par décision sur opposition du 2 décembre 2016, la SUVA a écarté l'opposition du 23 août 2016 et confirmé la décision du 16 août 2016, considérant qu'il convenait de se fonder sur les avis de ses médecins d'arrondissements.
18. Le 20 janvier 2017, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à la réalisation d'une expertise orthopédique et, cela fait, à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation du fait que le droit aux prestations n'avait pas cessé en date du 31 août 2016 et à la condamnation de la SUVA (ci-après : l'intimée) aux sommes dues à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016.  

A l'appui de ses conclusions, le recourant a repris les arguments d'ores et déjà évoqués dans son complément d'opposition du 30 septembre 2016, tout en relevant toutefois que selon les termes utilisés par le Dr E\_\_\_\_, dans son appréciation du 18 octobre 2016, il n'était pas en mesure d'écarter de manière certaine le lien de causalité (« il est peu probable que (...) »).
19. L'intimée a répondu en date du 21 juin 2017 et a conclu au rejet du recours, relevant que le Dr E\_\_\_\_ n'avait pas fait preuve d'équivoque lors de son appréciation du lien de causalité mais qu'il s'était prononcé au degré de la vraisemblance prépondérante, comme c'était le cas dans le domaine des assurances sociales. Pour le surplus, le dossier ne fournissait aucun indice susceptible de remettre en question la valeur probante des appréciations de ses médecins-conseils. Enfin, s'agissant des développements du recourant relatifs à l'apparition de la chondropathie, ils n'étaient confirmés par aucun élément médical
20. Le recourant a déposé des observations complémentaires en date du 27 mars 2017 et a considéré que dans la mesure où il était dans l'incapacité de trancher de manière certaine les causes de son incapacité de travail, le Dr E\_\_\_\_ aurait dû procéder à une investigation plus approfondie de son cas. Dans ce contexte, le recourant a rappelé que si le médecin précité était effectivement arrivé à la conclusion qu'un lien de causalité probable ne pouvait être constaté entre le sinistre annoncé et les lésions constatées lors de l'intervention chirurgicale, il n'avait pas exclu de manière catégorique l'existence d'un tel lien dès lors qu'il avait déclaré qu'«il [était] peu probable que cette atteinte explique la symptomatologie de l'assuré ».
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 - 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. 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.

Toutefois, 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 345 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre 2016 au 2 janvier 2017 inclus (art. 38 al. 4 let. c et 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2016 et, singulièrement, sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 9 novembre 2014 et les troubles dont se plaint encore le recourant.
5. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident au sens de cette disposition, 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).

Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 129 V 177 402 consid. 4.3).

---

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul 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 événement (raisonnement «*post hoc ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., 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.

6. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, ATF 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c; ATF 114 V 301 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 4.2). Ainsi, à

l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2).

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004, consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes

---

sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

8. 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 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). La récente

jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance 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).

9. En l'espèce, suite à une chute en date du 9 novembre 2015, le recourant a souffert de douleurs au genou droit. Les investigations menées par les médecins traitants ont mis en évidence une déchirure du ménisque interne. L'intimée a pris en charge les suites de cet événement. Lors d'une arthroscopie réalisée le 9 juin 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à la résection de la petite déchirure du ménisque et a en outre constaté les atteintes suivantes : gonarthrose débutante et chondropathie des compartiments interne et externe.

Il ressort implicitement du dossier que l'intimée a considéré que la lésion méniscale était en lien de causalité naturelle (et par conséquent également adéquate) avec l'accident assuré. En effet, l'intimée a pris en charge les frais de traitement et a versé des indemnités journalières en raison de l'atteinte au genou. Se fondant sur les appréciations de ses médecins d'arrondissement, les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, elle a toutefois mis un terme à ses prestations, avec effet au 31 août 2016, considérant, d'une part, que compte tenu de la petite taille de la lésion méniscale, le *statu quo sine* avait été atteint à cette date et, d'autre part, que les symptômes encore ressentis par le recourant n'étaient, selon toute vraisemblance, plus en lien de causalité avec l'événement assuré, mais liés aux atteintes dégénératives préexistantes.

Quant au recourant, il estime que les troubles dont il souffre encore sont consécutifs à l'intervention chirurgicale, de sorte qu'il appartient à l'intimée de les prendre en charge. Dans tous les cas, il estime que les autres atteintes évoquées ont été causées par l'accident assuré.

La question qui se pose est dès lors celle de savoir si les troubles dont souffre encore le recourant doivent être attribués à l'atteinte méniscale, à tout le moins partiellement, ou si ceux-ci sont liés aux atteintes dégénératives constatées lors de l'intervention du 9 juin 2016. Dans le premier cas, le retour à un *statu quo sine/ante* doit être manifeste pour que l'intimée puisse mettre un terme à ses prestations, alors que dans le second cas, la responsabilité de l'intimée n'est a priori pas être engagée.

Pour répondre à cette question, il convient d'examiner, dans un premier temps, si les documents médicaux sur lesquels se fondent l'intimée revêtent une pleine valeur probante.

Force est tout d'abord de relever que les médecins d'arrondissement de la SUVA n'ont pas examiné le recourant pour établir les appréciations des 11 août et 18 octobre 2016, sur lesquelles la SUVA s'est fondée pour mettre un terme aux prestations. Selon la jurisprudence fédérale, pour pouvoir avoir une valeur probante, une appréciation sur dossier doit se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assuré. Or, le dossier ne contient aucune appréciation médicale postérieure à l'intervention

du 9 juin 2016, explicitant les plaintes du recourant et les constatations cliniques des médecins. La seule référence – au demeurant très vague – aux plaintes du recourant est le certificat d'incapacité de travail vraisemblablement établie le 22 décembre par le Dr D \_\_\_\_ (produit par le recourant en annexe à son recours sous pièce 4), soit postérieurement aux appréciations des médecins d'arrondissement, sur lequel ce médecin a indiqué que son patient était toujours algique au niveau du genou. On ne connaît toutefois pas la nature des plaintes et aucune indication quant à la mobilité du genou n'y figure. On ne sait pas non plus si les plaintes constituent des complications post-opératoires. Dans de telles circonstances, les conclusions des médecins d'arrondissement de l'intimée ne sont que théoriques et ne prennent pas en considération les particularités du cas du recourant.

A défaut d'être fondées sur suffisamment d'appréciations basées sur un examen personnel de l'assuré, les appréciations des médecins d'arrondissement sont à l'évidence dénuées de toute valeur probante.

De son côté, le recourant ne produit aucune pièce à l'appui de ses conclusions. En d'autres termes, aucun médecin n'est venu confirmer son appréciation relative à l'apparition des autres atteintes, qu'il considère comme étant postérieures à l'accident assuré.

10. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité entre les atteintes encore ressenties par le recourant et l'accident assuré. Bien plus, à aucun moment, les médecins de l'intimée se sont posé la question de l'origine des troubles en question. Ils sont partis de l'idée que ceux-ci étaient en lien avec les atteintes dégénératives, sans se demander s'il pouvait s'agir de complications post-opératoires.

Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 9 novembre 2015 et les troubles encore présentés par le recourant, singulièrement sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo*. Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des rapports de ses médecins-conseils très peu motivés et ne disposant d'aucune valeur probante. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur la nature exacte des plaintes du recourant et le lien de causalité entre lesdites plaintes et les atteintes méniscales, voire avec l'intervention, ainsi que sur la date d'un éventuel *statu quo*.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 2 décembre 2016 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du

règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 2 décembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 2'000.- au recourant, 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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