



### **EN FAIT**

1. Monsieur K\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1969 et de nationalité azerbaïdjanaise, travaille depuis le 15 octobre 2000 en tant que trader auprès de X\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur). A ce titre, il est couvert auprès d'AXA ASSURANCES SA, devenu AXA WINTERTHUR, (ci-après : AXA WINTERTHUR) tant par une assurance obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels que par une assurance-accidents complémentaire.
2. Le 27 février 2009, l'employeur a rempli une déclaration d'accident-bagatelle faisant état d'une chute à ski, survenue le 14 février 2009 à Combloux en France. Cet accident avait touché la rotule gauche et avait provoqué une entorse dudit genou. Le Dr A\_\_\_\_\_, généraliste et spécialiste en médecine du sport à Combloux, avait donné les premiers soins, puis le Dr B\_\_\_\_\_, généraliste FMH, s'était chargé de la suite du traitement.
3. Dans un rapport du 13 avril 2010, le Dr C\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, a diagnostiqué un status après accident de ski en février 2009, des douleurs et un épanchement résiduels du genou gauche accompagnés d'atrophie du quadriceps. Les radiographies effectuées n'avaient pas révélé de signes de fracture. En raison de la persistance de douleurs, le patient l'avait consulté le 15 février 2010. Lors de l'examen, il avait observé un léger épanchement du genou gauche avec atrophie du quadriceps gauche. La flexion-extension forcée était douloureuse de même que la palpation du compartiment interne. De nouvelles radiographies du genou gauche ne montraient pas de lésion osseuse post-traumatique. Le traitement consistant en anti-inflammatoires et en physiothérapie avait pris fin le 8 mars 2010.
4. Sur demande d'AXA WINTERTHUR du 15 avril 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ lui a adressé son rapport du 14 février 2009, date à laquelle l'assuré avait présenté une entorse de gravité moyenne du genou gauche, sans lésion osseuse associée avec lésion du ligament latéral interne et petites douleurs du ménisque interne. Le traitement avait consisté en port de genouillère et rééducation.
5. Le 23 septembre 2010, la Clinique LA COLLINE a demandé à AXA WINTERTHUR de garantir l'hospitalisation de l'assuré prévue dès le 6 octobre 2010.
6. Dans un questionnaire du 1<sup>er</sup> octobre 2010, l'assuré a précisé qu'il n'avait été victime auparavant d'aucun accident avec lésion de ce genou, que les troubles dont il souffrait n'étaient pas d'origine malade et qu'il n'avait jamais été opéré de ce genou.
7. Dans un rapport du 5 octobre 2010, le Dr D\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, a indiqué qu'il avait examiné pour la première fois le patient, le 31 août

2010, en rapport avec une chute à ski survenue le 14 février 2009 et ayant touché le genou gauche. Selon le rapport de l'IRM du 6 septembre 2010, l'assuré présentait un œdème touchant la quasi-totalité du condyle fémoral interne ainsi qu'une anomalie du signal arciforme sous-chondral compatible avec des signes d'une ostéonécrose du condyle fémoral interne. Les signes de l'IRM étaient également compatibles avec une déchirure (lésion de grade III) du corps et de la corne postérieure du ménisque interne. Selon le Dr D \_\_\_\_\_, les symptômes actuels étaient en lien avec un accident et le patient n'avait jamais souffert auparavant d'atteintes similaires à la santé. Le patient était hospitalisé en vue d'une arthroscopie du genou gauche, prévue le 6 octobre 2010.

8. Par fax du 11 octobre 2010 AXA WINTERTHUR a accepté de garantir l'hospitalisation de l'assuré sous réserve des renseignements à venir.
9. Dans le rapport opératoire du 6 octobre 2010, le Dr D \_\_\_\_\_ a expliqué avoir procédé à une résection tant de la partie moyenne que de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que de flaps cartilagineux instables, à une chondroplastie du condyle interne et à des synovectomies juxta-lésionnelles. Les ligaments croisés étaient intacts. Il a diagnostiqué une lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, une lésion stable de la corne postérieure du ménisque externe, des lésions cartilagineuses instables de degré II du condyle interne et des synovites juxta-lésionnelles.
10. Le 16 novembre 2010, AXA WINTERTHUR a confié un mandat d'expertise au Dr E \_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH.
11. Par courrier du même jour, elle a informé l'assuré de ce mandat et lui a transmis une copie du questionnaire. Elle a précisé que, s'il n'était pas d'accord avec les principes et modalités de l'expertise, il devait lui en indiquer les motifs. Il avait toute latitude pour poser des questions complémentaires.
12. Dans son rapport du 7 février 2011, le Dr E \_\_\_\_\_ a complété l'anamnèse en précisant que la chute à ski, le 14 février 2009, était survenue à une vitesse relativement élevée et avait provoqué immédiatement une vive douleur. L'assuré avait suivi un traitement de physiothérapie avec évolution favorable à partir de fin mars-début avril 2009. Fin juin-début juillet 2009, quelques petites douleurs modérées du compartiment interne s'étaient à nouveau manifestées jusqu'à la fin juillet 2009. L'assuré n'avait pas reconsulté de médecin, mais avait pris les anti-inflammatoires qu'il avait en réserve. Au mois de décembre 2009, en sortant de sa voiture, l'assuré avait ressenti une douleur violente avec tuméfaction. Au vu de sa persistance, il avait consulté le Dr C \_\_\_\_\_. Après une stabilisation de la situation au mois de mars 2010, les plaintes avaient régressé jusqu'à l'été. Au début juillet 2010, les douleurs avaient réapparu mais l'assuré n'avait pas reconsulté de médecin immédiatement au motif qu'il partait en vacances et que lesdites douleurs étaient moins

---

marquées qu'en décembre 2009. A la suite de l'arthroscopie, l'incapacité de travail avait duré quatre jours. Le Dr E \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un status après probable entorse bénigne du ligament collatéral médial gauche avec épanchement articulaire sur chute à ski survenue le 14 février 2009, une ostéocondensation centrale du condyle fémoral interne du genou gauche sur probables troubles d'ossification durant la croissance, un œdème inflammatoire diffus du condyle fémoral interne du genou évocateur d'un problème de surcharge et/ou spasme vasculaire localisé dans le cadre de « genua vara » constitutionnel, de légères douleurs résiduelles du genou gauche probablement sur troubles dégénératifs débutants dans le cadre d'un morphotype varisant constitutionnel. Pour le surplus, il a confirmé les diagnostics déjà posés relatifs aux ménisques du genou gauche en précisant que la lésion du ménisque externe était associée à une chondropathie fémoro-tibiale interne de stade II. Selon lui, avant l'accident du 14 février 2009, l'assuré ne présentait aucune autre pathologie consécutive à une maladie ou à un accident. L'atteinte ligamentaire avait été bénigne car les résultats de l'IRM du 6 septembre 2010 ne montraient aucune séquelle au niveau du ligament collatéral médial ni des autres ligaments. S'agissant de la lésion méniscale postéro-interne, on ne pouvait pas exclure que l'accident du 14 février 2009 ne l'ait pas provoquée ou aggravée, mais cela paraissait surprenant puisque le patient avait totalement récupéré dans un premier temps sans plus aucune douleur. Dans un tel contexte, de lésion méniscale postéro-interne trouvée en association avec une autre lésion méniscale externe stable et avec des troubles cartilagineux fémoro-tibiaux stade II dans le cadre d'un morphotype en « genua vara », la causalité naturelle entre cette lésion méniscale et l'accident du 14 février 2009 n'était que possible. S'agissant de l'état inflammatoire du condyle fémoral interne, la relation de causalité naturelle n'était également que possible car il s'était écoulé 18 mois entre l'accident et la mise en évidence de cette inflammation. Or, après une si longue durée, si l'accident avait provoqué une contusion intra-osseuse, cette dernière aurait dû guérir ou alors présenter des séquelles d'ostéochondrose disséquante, mais pas un état inflammatoire aigu. La lésion ostéocondensante au centre du condyle fémoral interne n'était pas davantage en relation de causalité vraisemblable avec l'accident. En effet, elle n'avait pas évolué entre la radiographie du 14 février 2009 et celle du 31 janvier 2011 de sorte que le diagnostic le plus probable était un îlot ostéocondensant d'origine constitutionnelle. En conclusion, l'accident du 14 février 2009 n'avait entraîné que des lésions mineures. Par conséquent, un « statu quo sine pouvait être admis et fixé à la fin de la première symptomatologie, soit courant avril 2009. Aussi, les nouvelles consultations en 2010 ainsi que le traitement chirurgical du 6 octobre 2010 et l'incapacité de travail qui en avait découlé n'étaient qu'en relation de causalité possible avec l'accident du 14 février 2009.

13. Le 5 avril 2011, AXA WINTERTHUR a transmis au Dr D \_\_\_\_\_ une copie du rapport du Dr E \_\_\_\_\_.

14. Par décision du même jour, sur la base des conclusions de l'expertise, elle a refusé toutes prestations dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 au motif que, dès cette date, l'évolution irréversible de l'état antérieur, à savoir un état inflammatoire secondaire important intra-osseux ayant provoqué des plaintes dès l'été 2009, aurait conduit au même résultat sans l'accident. Elle a précisé qu'une opposition n'aurait pas d'effet suspensif.
15. Le 2 mai 2011, l'assuré a déclaré former opposition à ladite décision.
16. Sur demande de l'assuré, AXA WINTERTHUR lui a transmis l'intégralité de son dossier, le 9 mai 2011.
17. Dans son écriture complémentaire du 23 mai 2011, il a requis la restitution de l'effet suspensif, principalement l'invalidation de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ et la reprise du versement des prestations dès le 1<sup>er</sup> mai 2009, subsidiairement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire avant de lui permettre de compléter son écriture au sujet de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la suspension de toute décision réduisant les prestations jusqu'à l'issue de la nouvelle expertise. Il a invoqué une violation de son droit d'être entendu, soutenant qu'AXA WINTERTHUR ne lui avait pas donné la possibilité de prendre position sur le rapport d'expertise avant qu'une décision ne soit rendue. Il a contesté la valeur probante du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ au motif qu'il contenait des contradictions puisqu'il admettait l'absence de toute pathologie malade ou accidentelle antérieure à l'accident du 14 février 2009, tout en retenant qu'une pathologie concomitante s'était développée après ce dernier. Il ignorait également plusieurs autres constatations médicales, notamment celles du Dr F\_\_\_\_\_, radiologue FMH, et celles du Dr D\_\_\_\_\_. L'expert se basait sur des hypothèses et extrapolations sans aucun fondement dans le dossier médical pour conclure qu'un « statu quo sine » avait été atteint. Son état de santé était loin d'être stabilisé de sorte qu'on ne pouvait pas conclure à une amélioration avérée de ce dernier. Au vu des divers rapports médicaux contradictoires, il y avait lieu de procéder à une nouvelle expertise aux frais d'AXA WINTERTHUR.
18. Par courrier du 30 mai 2011, AXA WINTERTHUR a refusé la restitution de l'effet suspensif au motif que la demande était injustifiée au vu de la jurisprudence.
19. Par décision sur opposition du 5 juillet 2011, AXA WINTERTHUR a rejeté l'opposition, en précisant qu'un éventuel recours n'aurait aucun effet suspensif. Elle a considéré que les troubles actuels du genou gauche n'étaient pas en rapport de causalité avec l'accident du 14 février 2009. En alléguant qu'avant l'accident, il n'avait aucune gêne à son genou et qu'ainsi ses troubles étaient à mettre en relation avec l'accident de 2009, l'assuré invoquait le principe « post hoc ergo propter hoc » qui, selon la jurisprudence, n'avait pas d'incidence sur la causalité. En revanche, le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ avait une pleine valeur probante dès lors qu'il repo-

sait sur les constatations médicales et que l'appréciation de ce médecin, qui avait argumenté ses prises de position, était concluante. Le Dr E\_\_\_\_\_ ne se contredisait nullement en retenant que l'assuré ne présentait aucune pathologie antérieure à l'accident tout en concluant à l'absence de lien de causalité entre les lésions et l'accident. En effet, de telles constatations n'empêchaient pas un état latent mais indolore du genou. AXA WINTERTHUR a considéré qu'elle n'avait nullement violé le droit d'être entendu de l'assuré dès lors que, selon la loi, elle n'était pas tenue d'entendre les parties avant une décision sujette à opposition.

20. Par acte du 6 septembre 2011, l'assuré a recouru contre ladite décision. Il reprend exactement les mêmes conclusions et les mêmes arguments que dans son opposition du 23 mai 2011. Il fait grief à l'intimée d'avoir retiré l'effet suspensif non pas dans sa décision initiale du 5 avril 2011, mais subséquemment à la conclusion qu'il a prise dans son opposition. Il invoque une violation du droit, y compris l'excès et l'abus de pouvoir discrétionnaire ainsi que l'arbitraire. Il reproche à l'intimée d'avoir procédé à une constatation inexacte et incomplète des faits pertinents en dépit des éléments objectifs qu'il a apportés et qui rendent parfaitement crédible sa version des faits. Selon lui, aucun élément ne permet à l'intimée de mettre les troubles objectivés en relation avec un état antérieur à l'accident du 14 février 2009 alors que de nombreuses constatations dans le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ établissent l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et ses douleurs. Ce médecin n'avait pas expliqué en quoi consistait la pathologie concomitante invoquée, ni ses interactions avec l'accident, et parlait de plaintes subjectives non objectivées alors qu'il avait tout fait pour reprendre le travail le plus rapidement possible. Durant la procédure d'opposition, l'intimée n'avait procédé à aucune mesure d'instruction alors que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ était contradictoire et que ce dernier ne l'avait examiné que deux ans après les faits. L'intimée ne s'était basée que sur le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ alors que les autres avis médicaux apportaient des éléments faisant sérieusement douter de ses conclusions.
21. Dans son écriture du 13 septembre 2011 sur restitution de l'effet suspensif, l'intimée a conclu au rejet de la demande d'effet suspensif. Elle a rappelé que, dans sa décision du 5 avril 2011, elle avait retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition. En outre, la demande de restitution dudit effet était injustifiée.
22. Par arrêt incident du 21 septembre 2011, la Cour de céans a rejeté la demande en restitution de l'effet suspensif. Elle a estimé que les chances de succès du litige au fond n'étaient pas telles qu'elles l'emporteraient sur l'intérêt de l'intimée à une exécution immédiate de la décision, car il n'était pas possible, en l'état, de déterminer quelle serait l'issue de la procédure. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours de sorte qu'il est entré en force.
23. Le 7 novembre 2011, la Cour de céans a accordé au recourant un délai pour compléter son recours s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

24. Dans sa détermination du 16 décembre 2011, le recourant a conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25'200 fr. par an. Au surplus, il a confirmé ses conclusions précédentes. Il a notamment produit un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2011 évaluant l'atteinte à l'intégrité pour arthrose fémoro-tibiale à 15% selon la table 5.2 de la SUVA. Le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que la dernière consultation avait eu lieu, le 28 novembre 2011, et qu'aucun contrôle n'était prévu ultérieurement. Il restait à disposition du patient en cas de question ou de problème. Sur la base de ce rapport, le recourant a estimé que cette dernière précision permettait de conclure qu'une aggravation future de son état n'était pas impossible, ce qui justifiait, en tenant également compte de la longue durée du traitement, une augmentation de 5% du taux retenu par le Dr D\_\_\_\_\_.
25. Dans sa réponse du 20 février 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'une valeur probante entière lui soit reconnue, ce d'autant plus qu'il s'était exprimé sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur le lien de causalité entre celle-ci et les séquelles de l'accident. Sa décision refusant de prendre en charge les rechutes concordait avec les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_. L'intimée a rappelé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était une prestation unique qui ne devait pas être confondue avec une rente d'invalidité. Tout autre moyen de preuve était superflu, en particulier l'expertise pluridisciplinaire réclamée subsidiairement par le recourant.
26. Le 21 février 2012, la Cour de céans a transmis cette écriture au recourant, puis a gardé la cause 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<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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 5 juillet 2011 et a été reçue le lendemain. Etant donné que le délai commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 2 et 60 al. 2 LPGA) et que les délais de recours sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), le recours du 6 septembre 2011 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur la suppression par l'intimée de ses prestations à partir du 1<sup>er</sup> mai 2009, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 14 février 2009.
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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références).

6. Selon la jurisprudence, 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 avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408. consid. 3b; ATFA non publié U 19/03 du 7 juin 2004, consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiolo-

gie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

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 402 consid. 2.2; 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a; ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

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*) (cf. 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 (ATFA du 14 février 2006, déjà cité, consid. 3.3).

Dans le contexte de la suppression du droit aux 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 consid. 2 et la référence), 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 correspond à la réalité (ATF 117 V 264 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 (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

7. 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 337 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2, U 357/04; RAMA 2005 n. U 557 p. 388 consid. 3.2, U 244/04). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue.

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié U 293/01 du 17 mai 2002, consid. 1, résumé in REAS 2002 p. 307). Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; ATFA non publié U 192/06 du 10 avril 2007, consid. 3.2.2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n. U 275 p. 191 consid. 1c).

8. 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 LPG), 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

9. Dans un premier grief, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu au motif qu'il n'a pas été invité par l'intimée à se déterminer sur le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ avant que celle-ci ne rende sa décision.

D'ordre formel, ce grief doit être examiné en premier lieu, car son admission pourrait amener la Cour de céans à renvoyer la cause sans en examiner le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 497 consid. 2.2 ; ATF 127 I 56 consid. 2b ; ATF 127 III 578 consid. 2c; ATF 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, ATF 124 V 181 consid. 1a et 375 consid. 3b ainsi que les références).

Pour ce qui est des expertises, le droit d'être entendu implique notamment le droit de prendre connaissance du rapport de l'expert et de poser des questions complémentaires à ce dernier. En matière d'assurances sociales, ce droit se déduit soit des art. 57 ss PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 LPGA, soit directement de l'art. 29 al. 2 Cst. L'assuré qui n'a pas eu la possibilité de poser des questions complémentaires aux experts avant le prononcé de la décision est indiscutablement victime d'une violation de son droit d'être entendu. Ce vice peut toutefois être réparé

au stade de la procédure d'opposition (cf. ATF 121 V 150; ATFA non publié I 435/05 du 12 septembre 2005, consid. 1 et 2).

Aux termes de l'art. 42 LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

L'administration doit éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa décision et ne peut pas renvoyer cette tâche à la procédure d'opposition. Sont réservées les mesures d'instruction complémentaires qui découlent des objections contenues dans l'opposition. Il y a lieu de distinguer l'éclaircissement de l'état de fait et le respect du droit d'être entendu. L'audition des parties, qui est un aspect du droit d'être entendu, n'est pas nécessaire dans la procédure d'instruction avant les décisions susceptibles d'être attaquées par la voie de l'opposition. La LPGA contient à ce sujet une réglementation exhaustive (ATF 132 V 368).

En l'espèce, l'intimée a communiqué au recourant une copie du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, le 9 mai 2011, soit après avoir rendu sa décision du 5 avril 2011 et avant que le recourant ne motive son opposition. Ce faisant, elle a respecté le droit d'être entendu du recourant dans le cadre de la procédure d'opposition, étant précisé que, selon le texte clair de l'art. 42 LPGA et la jurisprudence, elle n'était pas tenue d'entendre le recourant avant l'émission de sa décision du 5 avril 2001. Par conséquent, le grief de violation du droit d'être entendu doit être rejeté.

10. Dans un deuxième grief, le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr E\_\_\_\_\_.

En l'espèce, selon le courrier explicite de l'intimée, daté du 16 novembre 2010, le recourant a eu toute latitude pour prendre position sur le mandat d'expertise et pour poser des questions complémentaires. Par conséquent, le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ doit être qualifié d'expertise au sens strict du terme.

Dans son rapport du 7 février 2011, après avoir admis un lien de causalité naturelle probable entre l'accident et la déchirure du ligament collatéral médial gauche, l'expert conclut au « statu quo sine » en avril 2009. Il justifie sa conclusion par la fin des douleurs à cette époque et par la bénignité de l'atteinte ligamentaire au vu de l'absence de séquelle à ce niveau lors de l'IRM du 6 septembre 2010. Selon lui, il n'existe, en revanche, qu'un lien de causalité naturelle possible entre la lésion méniscale postéro-interne et l'accident en raison de la présence concomitante d'une autre lésion méniscale externe stable, sans rapport avec l'accident, et de troubles cartilagineux fémoro-tibiaux stade II dans le cadre d'un morphotype en « genua vara ». Le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état inflammatoire du condyle fémoral interne n'est également que possible. Il explique que si l'accident avait provoqué une contusion intra-osseuse, au moment où elle a été mise en évidence, à savoir 18 mois après l'accident, soit elle aurait complètement disparu, soit elle aurait laissé des séquelles d'ostéochondrose disséquante. Il ne retient enfin

qu'un lien de causalité naturelle possible entre l'accident et la lésion ostéocondensante du condyle fémoral interne au vu de l'absence d'évolution entre les radiographies de 2009 et 2011 qui parle pour une origine constitutionnelle.

Examinant la question de savoir si la réapparition de douleurs peut être considérée comme une rechute (recte : séquelle tardive) de l'accident, le Dr E\_\_\_\_\_ considère qu'il n'y a pas de symptômes évidents attestant d'une relation de continuité depuis l'accident du 14 février 2009. Selon lui, les plaintes apparues en été 2009, puis en décembre 2009 et en janvier-février 2010, sont imputables à une pathologie concomitante, à savoir très vraisemblablement une surcharge du compartiment interne dans le cadre d'un « genua vara » constitutionnel commençant à provoquer des troubles dégénératifs.

A ce sujet, la Cour de céans observe que l'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue au mieux un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle. Il n'est toutefois pas suffisant. Il faut également qu'un lien de causalité naturelle puisse être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. En l'occurrence, le « genua vara » était présent avant l'accident, mais asymptomatique. Après l'accident, il s'est aggravé avec l'apparition de troubles dégénératifs.

Les conclusions de l'expert s'agissant tant de l'atteinte du « statu quo sine » entre l'accident et la déchirure du ligament collatéral médial gauche que de la simple possibilité d'un rapport de causalité entre les séquelles tardives et l'accident sont motivées. En revanche, il est vrai que l'expert paraît bien catégorique lorsqu'il explique que le lien de causalité entre l'accident et la lésion méniscale interne n'est que possible parce que, notamment, le recourant a totalement récupéré dans un premier temps sans plus aucune douleur. En effet, l'anamnèse montre que l'amélioration n'a duré que deux mois avant que le recourant ne souffre à nouveau de douleurs qui n'ont toutefois duré qu'un mois et sans que le prénommé ne consulte de médecin, ce qui confirme le caractère modéré de ces douleurs. En revanche, son argumentation est convaincante pour le surplus, notamment lorsqu'il explique que si l'accident avait entraîné ou aggravé cette déchirure, le patient aurait présenté une symptomatologie de blocage du genou, ce qui n'avait pas été le cas. Par conséquent, la réapparition des douleurs, en été 2009, sous forme de douleurs diffuses, puis au mois de décembre 2009, avec des douleurs aussi bien diurnes que nocturnes parlait davantage pour un œdème intra-osseux que pour un problème mécanique lié à une éventuelle languette méniscale.

De plus, aucune contradiction n'apparaît dans son raisonnement contrairement à ce que soutient le recourant. A cet égard, il n'y a rien de contradictoire, d'une part, de conclure à l'absence d'un lien de causalité naturelle vraisemblable entre les troubles actuels et l'accident au vu de la bénignité de l'entorse et de la présence de troubles dégénératifs ainsi que de surcharge du compartiment fémoro-tibial interne, d'autre part, d'affirmer que la pathologie concomitante s'est vraisemblablement dévelop-

pée après l'accident au motif qu'aucune pathologie due à une maladie ou l'accident n'a été mise en évidence avant ce dernier. En effet, de tels troubles dégénératifs dans le cadre d'un morphotype constitutionnel en « genua vara » apparaissent progressivement et évoluent dans un premier temps à bas bruit avant de provoquer des douleurs, partant, de pouvoir être mis en évidence.

Le recourant soutient également que l'expert invoque des plaintes subjectives pour expliquer la persistance des troubles actuels. Or, le Dr E \_\_\_\_\_ n'a à aucun moment mentionné de telles plaintes. Il a seulement indiqué que, dès le mois d'avril 2009, soit à la fin des premières douleurs, la réapparition d'une symptomatologie n'avait pas pu être clairement expliquée par les suites de l'accident du 14 février 2009 puisque les constatations objectives parlaient plutôt pour une autre pathologie concomitante d'origine « médicale ». Dès lors, ce faisant, il nie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident au motif que les troubles dégénératifs et de surcharge du compartiment fémoro-tibial interne dans le cadre d'un morphotype constitutionnel en « genua vara » est responsable de manière très largement prépondérante et probablement exclusive de la réapparition des douleurs.

Enfin, aucun autre rapport médical ne se prononce sur la question du lien de causalité naturelle entre les divers troubles dont souffre le recourant et l'accident de sorte que, contrairement à ce qu'affirme celui-ci, il n'existe aucun avis médical divergent. Le fait que le Dr D \_\_\_\_\_ évalue, à la demande du mandataire du recourant, le degré de l'atteinte à l'intégrité consécutive aux troubles actuels n'établit aucun rapport de causalité entre ceux-ci et l'accident, faute de statuer expressément et de façon motivée sur ledit lien de causalité.

Le recourant allègue enfin que le rapport de causalité entre les troubles actuels et l'accident est établi au motif qu'il n'avait jamais souffert de troubles au genou gauche avant l'accident. Sur cette seule base l'on ne saurait admettre l'existence d'une relation de causalité, qui reposerait alors largement sur un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

Dans son rapport du 7 février 2011, l'expert a mis en œuvre un nouvel examen radiologique du genou gauche, procédé à une anamnèse, à un examen clinique du recourant et à une évaluation critique des divers examens radiologiques. Par conséquent, tant les conditions formelles que matérielles établies par la jurisprudence sont réalisées pour qu'une entière valeur probante soit reconnue au rapport d'expertise du Dr E \_\_\_\_\_ de sorte que la Cour de céans suivra ses conclusions, à savoir que, s'agissant des lésions en rapport de causalité avec l'accident du 14 février 2009, soit une entorse bénigne du genou gauche avec déchirure du ligament collatéral médial gauche et épanchement articulaire, le statu quo sine est at-

teint depuis en tout cas le 1<sup>er</sup> mai 2009. S'agissant des lésions méniscales gauches, de l'inflammation et de la lésion ostéocondensante du condyle fémoral interne, un lien de causalité naturelle entre ces séquelles tardives et l'accident n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en assurances sociales.

11. En dernier lieu, le recourant conclut à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en se basant sur le rapport du Dr D\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 8 décembre 2011, ce médecin évalue l'atteinte à l'intégrité à 15% pour une arthrose fémorale du genou gauche.

En l'absence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident assuré et l'arthrose fémorale du genou gauche, l'intimée pouvait à bon droit mettre fin à ses prestations dès le 1<sup>er</sup> mai 2009, sans allouer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. ATF non publié 8C\_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 4.4). Par conséquent, cette conclusion doit être également rejetée.

12. A titre subsidiaire, le recourant conclut à la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à trancher la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a; ATF 122 III 223 consid. 3c; ATF 120 Ib 229 consid. 2b; ATF 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées).

En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier contiennent déjà une expertise qui permet de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant.

13. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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