



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3482/2019

ATAS/419/2020

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

**Arrêt du 28 mai 2020**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ROQUEMAURE, France

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,  
LUZERN

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1986 et ressortissant français, était employé de B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeuse), à Genève, du 3 juillet 2017 au 30 juin 2018 comme monteur en ventilation, lorsqu'il a subi un accident sur un chantier le 20 février 2018. En portant avec des collègues de travail une pièce de 150 à 200 kg, il a été déséquilibré, a trébuché sur un rebord et a ressenti un craquement au genou gauche.
2. Le sinistre a été annoncé à la caisse nationale d'assurance en cas d'accidents à Genève (ci-après : la SUVA ou l'intimée) le 3 juillet 2018.
3. Le 6 juillet 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations d'assurance légales pour les suites de son accident professionnel du 20 février 2018.
4. Le 6 juillet 2018, la SUVA a demandé à l'employeuse de l'assuré pour quel motif l'accident du 20 février 2018 lui avait été annoncé tardivement.
5. Le 9 juillet 2018, l'employeuse de l'assuré a informé la SUVA que le cas avait d'abord été déclaré à l'assurance-maladie (Axa) et que c'était suite aux documents médicaux qu'il avait été déclaré comme accident.
6. Le 10 juillet 2018, le docteur C\_\_\_\_\_, médecine et biologie du sport, du Centre de consultation du Genevois, à Annemasse, a certifié que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt des activités physiques et professionnelles durant 30 jours dès le jour-même, sauf complications, à réévaluer.
7. Le 10 juillet 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a encore attesté avoir réalisé un arthroscanner du genou gauche de l'assuré et une infiltration. L'assuré souffrait d'une douleur post-traumatique évoluant depuis fin février 2018, avec des craquements douloureux et une instabilité lors de la marche sans contrainte.
8. À teneur d'un entretien d'un gestionnaire de la SUVA avec l'assuré du 19 juillet 2018, celui-ci avait indiqué qu'il était en bonne santé habituelle et qu'il n'avait rien de particulier à signaler. Le 20 février 2018, il se trouvait sur un chantier, dans le cadre de son activité de monteur en ventilation. Il devait déplacer un amortisseur cubique de bruit métallique mesurant 1,75 m par 1,20 m et 1,50 m, d'environ 200 kg. Il portait la charge par-dessous d'un côté avec deux collègues. À un certain moment, l'un de ces derniers avait dû lâcher prise et cela avait provoqué un brusque déséquilibre. La charge était venue contre lui et, sous l'effet du poids, avait provoqué une subite torsion de sa jambe gauche. Sur le moment, son genou gauche avait craqué et il avait eu une violente douleur à cette articulation. Les premiers soins avaient été donnés au Centre hospitalier Alpes Léman à Contamine sur Arve. Il avait suivi un traitement avec le docteur D\_\_\_\_\_, à Bonneville, puis avec le docteur E\_\_\_\_\_, à Marignier, et enfin avec le Dr C\_\_\_\_\_, à Annemasse. Il avait été traité par des médicaments et des séances de physiothérapie. Une infiltration avait eu lieu trois semaines auparavant, sans grand résultat. Par la suite l'évolution

avait été bonne, mais il avait encore des douleurs au genou gauche. Il devait passer un arthroscanner le 30 juillet 2018. En attendant, il boitait et portait une attelle. Souvent, son genou gauche se bloquait et il avait tendance à enfler. L'assuré était toujours en incapacité de travail totale pour une période indéterminée. Depuis juillet 2017, il était en mission indéterminée pour une entreprise à Genève en tant que monteur en ventilation. Les tâches étaient passablement physiques sur les chantiers. Il était marié, père de deux enfants et au bénéfice d'un permis de travail G.

9. Le docteur F\_\_\_\_\_, du Centre d'imagerie médicale du Faucigny, a procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré et conclu à un épanchement intra-articulaire isolé.
10. Le 31 juillet 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu l'assuré en consultation, en raison de gonalgies post-traumatiques évoluant depuis fin février 2018. Il y avait une bonne évolution clinique à quatre semaines après infiltration. Le patient semblait avoir une nette amélioration dans la vie de tous les jours. Cependant, il persistait des craquements douloureux pluriquotidiens, avec des sensations d'instabilité lors de la moindre marche prolongée et une mise en charge plus importante. L'examen clinique était nettement amélioré avec une absence d'épanchement intra-articulaire. Il n'y avait quasiment plus de douleurs au niveau de l'interligne articulaire interne. Cependant, on retrouvait des douleurs au niveau peri-patellaire externe avec un craquement audible en rapport avec le cartilage patellaire, probablement associé à un ressaut des tissus périphériques. Le Dr C\_\_\_\_\_ prévoyait un arthroscanner complémentaire et une nouvelle infiltration d'ici quelques semaines afin de mieux étudier la surface cartilagineuse et éliminer une lésion chondrale et un corps étranger intra-articulaire. L'assuré était invité à prendre rendez-vous auprès d'un orthopédiste pour les suites.
11. La SUVA a soumis le cas au docteur G\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur FMH, médecin d'arrondissement, qui a indiqué, le 6 août 2018, qu'au regard des suites de l'accident, l'incapacité de travail qui avait débuté le 26 février 2018 pouvait être imputée, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement. Les troubles du genou étaient en relation de causalité probable avec l'événement. Il fallait revoir l'assuré à fin août, mais il n'y avait pas de lésion définie et une reprise était attendue à la fin du mois d'août. Une incapacité de travail était toujours médicalement justifiée pour les seules suites accidentelles. Une reprise était attendue pour le début du mois de septembre, sauf éléments nouveaux.
12. Le 3 septembre 2018, l'assuré a demandé des prestations d'assurance-invalidité pour adulte.
13. Le 26 septembre 2018, l'assuré a informé la SUVA qu'il allait devoir se faire opérer et qu'il avait rendez-vous avec le Dr C\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> octobre 2018.
14. Le 27 septembre 2018, le docteur H\_\_\_\_\_, du Centre d'imagerie médicale du Léman, à Annemasse, a indiqué, après avoir procédé à une IRM du genou gauche

de l'assuré pour bilan d'une lésion méniscale latérale, qu'il y avait une discrète lésion fissuraire radiaire du bord libre du segment moyen du ménisque latéral et pas de déplacement évident d'une languette méniscale.

15. Le 1<sup>er</sup> octobre 2018, le docteur I\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique et traumatologique de la hanche et du genou, a indiqué avoir revu le jour-même l'assuré qui présentait des gonalgies gauches évoluant depuis février 2018. Il y avait eu deux infiltrations avec des améliorations, mais les douleurs avaient persisté avec des impressions d'accrochages en regard du ménisque externe. L'examen clinique retrouvait un point douloureux méniscal externe franc avec des blocages. Les douleurs irradiaient dans l'ensemble du genou. Un arthroscanner avait confirmé une lésion du ménisque externe et la dernière IRM retrouvait une amputation du bord libre du ménisque externe avec une possible lésion radiaire associée. Dans la situation actuelle, le patient ne pouvait pas travailler et il était justifié de lui proposer une arthroscopie, qui aurait lieu le 26 octobre 2018.
16. Le 2 octobre 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que l'intervention proposée par le Dr I\_\_\_\_\_ pouvait être imputée au moins au degré de la vraisemblance prépondérante à l'événement. On pouvait s'attendre à une reprise dans l'ancienne activité professionnelle. Il fallait revoir l'assuré deux mois après l'opération.
17. Le 2 octobre 2018, la SUVA a admis sa responsabilité pour l'intervention prévue par le Dr I\_\_\_\_\_ et indiqué qu'elle prendrait en charge les frais de l'hospitalisation en division commune (forfait LAA), selon les conventions en vigueur (SwissDRG).
18. Selon un compte rendu opératoire du 26 octobre 2018, il avait été procédé à une arthroscopie du genou gauche de l'assuré pour une lésion du ménisque interne et externe. L'intervention avait été satisfaisante avec une infiltration intra-articulaire.
19. Le 26 octobre 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué avoir opéré, comme convenu, l'assuré d'une arthroscopie du genou gauche, qui présentait une minime lésion du bord libre du ménisque interne et une lésion complexe de l'ensemble de la partie centrale du ménisque externe hemicirconférentielle. Il avait réséqué ce tissu méniscal en préservant au maximum les fibres périphériques. Le reste du tissu méniscal était particulièrement stable et ne nécessitait pas de sutures complémentaires. Le patient avait été pris en charge en chirurgie ambulatoire.
20. Le 17 décembre 2018, la SUVA a pris contact avec l'assuré, car elle avait adressé trois rappels au Dr C\_\_\_\_\_ sans réponse à ce jour. Elle lui demandait de prendre contact avec ce médecin pour que celui-ci lui fasse parvenir son rapport dans les plus brefs délais.
21. Le 17 décembre 2018, l'assuré a relevé que c'était le Dr I\_\_\_\_\_ qui l'avait opéré. Il devait revoir ce dernier car l'état de son genou ne s'améliorait pas. Il ne pouvait rien porter et pas monter les escaliers ni s'accroupir.

22. L'assuré a informé la SUVA, le 17 décembre 2018, que le Dr C\_\_\_\_\_ était en vacances et qu'il ne serait de retour que le 9 janvier 2019. Il avait pris rendez-vous à cette date pour obtenir un rapport.
23. Le 3 janvier 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a été consulté par la SUVA, qui l'a informé du fait qu'elle avait envoyé quatre rappels au Dr C\_\_\_\_\_ sans réponse à ce jour et qui lui demandait comment il appréciait la capacité de travail de l'assuré en terme de durée, étant rappelé que celui-ci était en incapacité de travail jusqu'au 9 janvier 2019.
24. Le médecin d'arrondissement a répondu que l'assuré avait dû revoir le Dr I\_\_\_\_\_ à six semaines postopératoires. Il fallait demander à l'assuré ou au Dr I\_\_\_\_\_ la communication de sa visite postopératoire. Il ne fallait rien attendre du médecin traitant, car c'était le chirurgien qui faisait le suivi. À deux mois postopératoires sur une double lésion méniscale et en l'absence d'avis contraire, plus rien ne justifiait l'arrêt de travail.
25. La gestionnaire de la SUVA a demandé au Dr I\_\_\_\_\_ son rapport postopératoire à six semaines.
26. Le secrétariat du Dr I\_\_\_\_\_ a répondu le 3 janvier 2019 que le patient n'avait pas été revu en postopératoire. Il n'était pas venu au rendez-vous. Un autre rendez-vous avait été prévu le 4 février 2019.
27. Le 3 janvier 2019, la SUVA a informé l'assuré que de l'avis de son médecin-conseil et au vu des renseignements médicaux en sa possession, une capacité de travail partielle dans son activité professionnelle avant l'accident (monteur en ventilation) était possible dès ce jour. Dès lors, la SUVA le considérait comme apte à travailler à 50% dès le 10 janvier 2019, puis à 100% dès le 11 février 2019. L'indemnité journalière serait donc allouée en conséquence. Sur demande, elle rendrait une décision susceptible de recours.
28. Selon une notice téléphonique du 10 janvier 2019, l'assuré a informé la SUVA qu'il lui était impossible de reprendre le travail. Il avait vu son médecin le jour précédent et devait refaire une IRM. L'assuré avait été informé que sans élément supplémentaire, le dossier ne pourrait pas être soumis au médecin-conseil.
29. Par courriel du 10 janvier 2019 adressé à la SUVA, l'assuré a confirmé qu'il ne pensait pas pouvoir reprendre son travail, car il avait une très forte douleur au genou et n'arrivait pas à porter, ni à forcer avec ses bras, car cela sollicitait son genou. Il devait revoir le Dr I\_\_\_\_\_ au début du mois de février et faire une IRM de contrôle le 23 janvier. Il ressentait une grosse pression, car il avait une douleur au genou qui l'empêchait de travailler et même de participer aux tâches du quotidien. Le Dr C\_\_\_\_\_ confirmait qu'il ne pouvait pas reprendre le travail, car il sortait d'une grosse opération et avait un problème aux deux ménisques. Il se sentait persécuté par le courrier de la SUVA et lui demandait de trouver une solution, car il n'avait pas voulu cette situation.

L'assuré a transmis à la SUVA en annexe de son courriel :

- un certificat établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 9 janvier 2019 certifiant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt des activités physiques et professionnelles pour trente jours dès le 9 janvier 2019 ;
  - une prescription établie le 9 janvier 2019 pour une IRM de contrôle au genou gauche après ablation du ménisque en octobre 2018 avec douleurs importantes ;
  - un rapport établi le 9 janvier 2019 par le Dr C\_\_\_\_\_ indiquant avoir revu le patient le même jour concernant des gonalgies post-chirurgicales du ménisque externe opéré fin octobre 2018. Il y avait une nette amélioration clinique avec une amplitude plus importante sans douleur d'environ 90°. Il y avait également une nette régression concernant l'hémarthrose. Il persistait des douleurs articulaires importantes lors de la mise en charge en poids du corps avec des douleurs, maintenant péri-articulaires, notamment au niveau du tendon rotulien, probablement en conséquence d'efforts de marche sans aide. En rééducation, l'assuré effectuait a priori du travail sur presse douloureux. Le réveil quadricipital était satisfaisant, puisqu'il pouvait réaliser la manœuvre de l'écrase-coussin avec une extension quasi complète. Cependant, il y avait une amyotrophie importante avec une impossibilité de soulever le poids de la jambe. Le médecin conseillait à l'assuré de continuer à adapter les activités de marche avec une aide à la marche. Il prescrivait à nouveau de la kinésithérapie et avait montré à l'assuré des exercices d'auto-éducation qu'il pouvait commencer lui-même de manière adaptée. Il l'avait informé sur les longs délais de rééducation et lui avait expliqué à nouveau les principes de rééducation sans douleur.
30. Le 10 janvier 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait fait une complication et qu'il fallait se donner un mois de plus. Il fallait obtenir le résultat de l'IRM et demander à l'assuré de revoir son chirurgien avec le résultat de l'IRM.
31. Le 10 janvier 2019, la SUVA a informé l'assuré qu'après réexamen de la situation, elle reprenait ses prestations et annulait son courrier du 3 janvier 2019. L'indemnité journalière lui serait donc versée en conséquence.
32. Par courriel du 10 janvier 2019, l'assuré a informé la SUVA qu'il avait oublié son rendez-vous avec le Dr I\_\_\_\_\_. Il avait changé de numéro de téléphone et n'avait pas reçu le message de rappel concernant ce rendez-vous. Un nouveau rendez-vous avait été fixé au 4 février 2019.
33. Le docteur J\_\_\_\_\_, du Centre d'imagerie médicale du Léman, a conclu, le 23 janvier 2019, après avoir procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré, qu'il y avait une absence d'anomalie décelable pouvant expliquer les douleurs.
34. Le 24 janvier 2019, la SUVA a demandé à l'assuré de lui faire parvenir le rapport de l'examen IRM du 23 janvier 2019 dans les plus brefs délais.
35. Selon une notice téléphonique du 24 janvier 2019, l'assuré avait informé la SUVA qu'il devait refaire une arthro-IRM et qu'il allait consulter le docteur K\_\_\_\_\_,

---

chirurgien orthopédique FMH. Il souhaitait trouver un chirurgien sur Genève pour avoir un autre avis.

36. Le 25 janvier 2019, l'assuré a informé la SUVA avoir consulté le Dr K\_\_\_\_\_. Selon ce dernier, soit le nerf était touché, ce qui provoquait des problèmes d'équilibre, soit il y avait un problème au niveau de la rotule. Pour cela, il souhaitait voir l'IRM du 29 mars 2018. La SUVA allait faire graver un CD que l'assuré viendrait chercher à la réception.
37. Le 28 janvier 2019, la SUVA a demandé au Dr I\_\_\_\_\_ de lui adresser un rapport médical intermédiaire au plus vite.
38. À teneur d'un rapport médical intermédiaire du 10 février 2019, rempli probablement par le Dr I\_\_\_\_\_ (signature illisible), le diagnostic était une lésion du ménisque interne et externe du genou gauche. Les douleurs persistaient, mais le pronostic était favorable dans les prochains mois. Il n'y avait pas de circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement (par exemple antécédents médicaux, accidents ou conditions de vie). L'assuré avait fait une IRM de contrôle qui était normale. La durée prévisible du traitement était de deux-trois mois. Il n'y avait pas lieu d'intervenir auprès de l'employeuse pour une affectation à un poste de travail approprié, ni s'attendre à la persistance d'un problème. L'assuré n'était pas venu au rendez-vous du suivi post-opération. Il n'avait pas compris qu'un suivi était organisé.
39. Le 10 février 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé nécessaire de procéder à un examen médical de l'assuré à l'agence pour déterminer si l'incapacité de travail était toujours justifiée, au vu des éléments en possession de la SUVA, pour les seules suites de l'accident.
40. Le 14 février 2019, le Dr K\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une entorse du genou gauche de l'assuré avec possible « *mot illisible* » cicatricielle. L'assuré avait été vu une fois le 25 janvier 2019. La rubrique reprise du travail était barrée, sans commentaire.
41. Dans son rapport du 13 mars 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a résumé les pièces médicales du dossier et rapporté les déclarations de l'assuré. Il a ensuite décrit ses constatations puis les examens d'imagerie. Il a posé les diagnostics au genou gauche de :
  - lésion du ménisque externe à type de fente radiaire ;
  - ménisectomie partielle laissant 80% du ménisque externe ;
  - petite lésion du bord libre de la jonction corne antérieure-segment moyen minime ;

et de sciatalgies gauches apparues très récemment.

Sous appréciation, le médecin a indiqué qu'il s'agissait d'un homme jeune avec un métier exigeant sur le plan physique qui, à bientôt cinq mois d'une chirurgie du ménisque externe, avait toujours des difficultés de rééducation avec le constat d'une

tendinite du tendon rotulien. Toutefois, il y avait une évolution avec un genou qui « plie supérieure à 90° » et une absence d'élément faisant évoquer un SDRC. Le médecin ne retenait aucune causalité en ce qui concernait la lésion méniscale interne et l'événement traumatique initial, de même en ce qui concernait la sciatique actuelle tronquée et la prise en charge qui allait nécessiter une IRM le 1<sup>er</sup> avril 2019. L'arrêt actuel était motivé par le Dr C\_\_\_\_\_ essentiellement par le tableau de sciatique tronquée étiquetée L3-L4 et L4-L5, « mais difficile de précision sans examen complémentaire ». Toutefois, compte tenu de l'intervalle libre de maintenant un an entre la survenue de ces éléments et la déclaration d'une pathologie lombaire, celle-ci n'entraîne pas en causalité de niveau prépondérant et probable avec l'événement initial.

Par contre, en ce qui concernait le genou, il existait une tendinopathie rotulienne et la poursuite d'une rééducation adaptée de deux - trois séances par semaine paraissait absolument nécessaire encore pendant deux mois. Compte tenu du métier de l'assuré, de son jeune âge et du handicap allégué, un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) paraissait nécessaire pour sortir du long épisode de prise en charge. En effet, le handicap présentait des éléments discordants par rapport aux constatations objectives.

42. Par rapport signé le 29 mai 2019 par le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie FMH, et le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologique FMH, de la CRR, l'assuré avait séjourné dans cet établissement du 27 au 29 mai 2019. Le rapport contient un résumé du dossier, les données fournies par le patient sur l'accident et l'évolution de son état de santé ainsi qu'une anamnèse familiale et socioprofessionnelle. Les experts ont procédé à un examen physique. Il était constaté, de manière générale, que l'assuré avait été ponctuel et qu'il avait maintenu la position assise pendant les 40 minutes de l'anamnèse, sans donner l'impression d'une souffrance prégnante. Il avait un habitus particulier avec le crâne rasé et une longue barbe. Il avait répondu avec profusion aux questions dans une anamnèse qui avait dû être cadrée. Il se déplaçait avec une boiterie d'appui gauche, qui avait varié en intensité pendant l'examen. En dehors du champ de l'observation, la boiterie s'estompait et le patient était capable de monter sur un trottoir à pas alternés en s'appuyant sur son membre inférieur gauche. Il s'était soumis aux tests avec certaines hésitations lorsqu'il s'était agi de solliciter les membres inférieurs. Sous appréciation et discussion, les médecins ont notamment indiqué qu'ils n'avaient trouvé aucun élément suggérant un SDRC. Il n'y avait pas d'épanchement ni d'instabilité. On retrouvait des douleurs non spécifiques à la palpation de la pointe de la rotule et du compartiment fémoro-tibial externe. À ce stade, étaient retenues des gonalgies persistantes, après résection partielle du ménisque externe le 26 octobre 2018. L'assuré n'avait collaboré que très partiellement à l'évaluation des capacités fonctionnelles. Le score de 46 atteint au PACT donnait à penser qu'il ne pouvait même pas s'employer au plus léger des efforts. Le niveau de performance généralement considéré comme minimal n'était

que partiellement atteint. Sur un effort de marche rapide de 3 minutes, le patient franchissait 170 m, mais avec deux pauses et une fréquence cardiaque basse, loin de sa fréquence cardiaque maximale théorique. Par ailleurs, il n'était pas capable de lever horizontalement une caisse d'un poids relativement faible (7,5 kg). Il opposait alors une boiterie importante. Dans ces conditions, la volonté de donner le maximum était jugée insuffisante et le niveau de cohérence faible. Finalement, il n'avait pas été possible de réaliser une évaluation des capacités fonctionnelles traduisant les aptitudes réelles de l'assuré. Les allégations de handicap en regard des données médicales objectives et l'autodépréciation des aptitudes soulevaient clairement la question de la participation de singularités psychiques. L'assuré était entré en relation sans réticence au cours de l'entretien psychiatrique, sauf qu'il avait refusé de serrer la main de la psychiatre, au motif qu'il souffrait d'une gastro-entérite. La thymie était maintenue. Il n'était ni triste ni abattu, mais déstabilisé par un sentiment de perte de contrôle. Il n'y avait pas de signe d'anxiété ni d'indice orientant vers un trouble panique ou un trouble anxieux généralisé. Une estime de soi fluctuante sur un fond d'anxiété était néanmoins relevée. Il y avait des traits obsessionnels avec une difficulté à tolérer l'incertitude, une préoccupation excessive pour l'ordre et un certain manque de souplesse adaptative. Ces singularités n'atteignaient pas le seuil d'un trouble psychique stricto sensu.

Le pronostic d'un retour sur la place de travail était à l'évidence hypothéqué. Sur le plan organique, on était dans une impasse. Le traumatisme du 20 février 2018 avait sans doute provoqué une lésion intra-articulaire, comme l'attestait l'épanchement visible sur la première IRM. On avait hésité plusieurs mois avant d'admettre une lésion méniscale externe très discrète. Les suites opératoires avaient sans doute été laborieuses avec une hémarthrose, puis une importante décharge dont témoignait encore un certain degré d'atrophie musculaire de la cuisse et du mollet. L'examen physique actuel était toutefois rassurant. L'IRM post-opératoire l'était également. On ne comprenait médicalement ni l'intensité de la douleur actuelle, ni l'autolimitation au cours des tests standardisés, ni l'autodépréciation massive de ses propres aptitudes fonctionnelles. On était certes face à un sujet soucieux, avec certains traits obsessionnels et une probable fragilité narcissique, entreprenant des objectifs personnels ambitieux qu'il peinait à atteindre et qui avait développé un sentiment d'insécurité depuis son accident. Il n'y avait cependant pas de troubles psychiques caractérisés permettant d'expliquer le handicap décrit.

Ce qui complexifiait la prise en charge, c'était que l'assuré restait sourd aux explications et aux mesures de réassurance répétées, qu'il restait campé dans sa certitude d'une lésion ayant échappé au monde médical et qu'il se montrait réticent à toute proposition de reprendre le cours de ses activités habituelles. Il fallait également relever qu'il avait refusé une prise en charge stationnaire. Les médecins ne voyaient pas qu'une nouvelle arthro-IRM, telle qu'il le demandait, puisse déboucher sur un traitement spécifique. Il semblait, au contraire, qu'il était maintenant temps de démedicaliser la situation. On pouvait s'attendre à ce que

l'assuré entre dans une procédure de litige et s'oppose de façon véhémente à toute décision limitant les prestations d'assurance. Dans ce contexte, les médecins ne voyaient pas quelles mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer son état de santé.

Le rapport précité se fondait notamment :

- sur une évaluation psychiatrique du 28 mai 2019 établie par la doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH ;

- un rapport établi le 28 mai 2019 par le Dr L\_\_\_\_\_ indiquant, que l'examen neurologique des membres inférieurs était rassurant, sans évidence de signe d'atteinte radiculaire ou tronculaire, raison pour laquelle il n'avait pas d'indication à proposer des examens complémentaires. En position debout, le Dr L\_\_\_\_\_ avait constaté une attitude de genou varum à gauche modérée. Il laissait au Dr M\_\_\_\_\_ avec lequel il avait discuté de cela, s'il convenait d'adapter un support plantaire pour corriger cette attitude qui pourrait éventuellement participer à l'exacerbation des douleurs au genou de l'assuré ;

- un rapport établi par Madame O\_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée.

43. Le 3 juin 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ a certifié que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt des activités physiques et professionnelles d'une durée de trente jours à compter du 3 juin 2019. À réévaluer.
44. Le 5 juin 2019, la SUVA a informé l'assuré que les médecins de la CRR avaient estimé que son incapacité de travail à 100% n'était plus justifiée médicalement pour les seules suites de son accident du 20 février 2018. Il était capable de travailler à 100% à partir du 11 juin 2019. L'indemnité journalière prendrait donc fin le 10 juin 2019. Il n'y avait plus lieu de poursuivre un traitement médical.
45. Par courrier du 11 juin 2019, l'assuré a contesté la décision de la SUVA. Il niait ne pas avoir fait d'efforts à la CRR et avoir refusé toute proposition de celle-ci. Il avait donné son maximum durant le séjour, à tel point qu'à la fin, il avait eu mal au genou. Il avait fait de son mieux aux tests sportifs et de neurologie. Le neurologue avait découvert une anomalie qui n'était pas citée dans le rapport médical, à savoir que sa rotule gauche n'était pas parallèle à sa rotule droite, et il lui avait indiqué que c'était pour cela qu'il avait une douleur qui le relançait en permanence. Le Dr C\_\_\_\_\_ confirmait qu'il était incapable de toute activité physique. Depuis l'accident, il ressentait une grosse pression de la SUVA ainsi qu'une incompréhension de sa part. Il s'était senti rabaissé et humilié. Il demandait en conséquence une contre-expertise médicale et une reprise de ses droits.
46. Le 11 juin 2019, l'assuré a transmis à la SUVA un certificat établi par le Dr I\_\_\_\_\_ le 11 juin 2019 indiquant que l'état de santé de l'assuré nécessitait un arrêt de travail à 100% jusqu'au 18 août 2019 inclus.
47. Le 13 juin 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué avoir revu en consultation l'assuré, qui avait été opéré d'une arthroscopie du genou gauche au mois d'octobre 2018 pour

une lésion biméniscale. Actuellement, l'évolution était lentement favorable, mais le patient conservait des douleurs plutôt antérieures du genou. L'examen clinique retrouvait une sensibilité à la palpation du ménisque externe sans réelle douleur. En revanche, il existait une douleur franche à la palpation du tendon rotulien. Dans ce contexte, il avait fait réaliser un nouveau bilan d'imagerie associant un arthroscanner, pour éliminer toute récurrence de lésions méniscales, à une échographie du genou. Il reverrait le patient avec les résultats.

48. Le 20 juin 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué dans une appréciation médicale qu'il ressortait de l'ensemble des pièces transmises jusqu'au 13 juin 2019 que les allégations subjectives de l'assuré étaient en contradiction avec les données objectives et en particulier cliniques. La demande de nouveaux examens par le Dr I\_\_\_\_\_ paraissait inutile, compte tenu des résultats de l'IRM du 23 janvier 2019. L'examen étant par ailleurs invasif, il ne pouvait qu'aboutir à une remédicalisation de l'assuré, ce qui était néfaste.

Quant à l'échographie, elle était inférieure au niveau de la pertinence pour une tendinite rotulienne à ce que pouvait retrouver une IRM. Aucun élément de type chute ou qui pouvait entraîner en vraisemblance prépondérante une nouvelle lésion méniscale externe n'était survenu depuis la réalisation de cette IRM du 23 janvier 2019 et donc aucune lésion n'avait pu être créée qui pourrait valablement être considérée comme une nouvelle lésion en rapport avec les faits qui avaient justifié la prise en charge de la SUVA. Les éléments apportés au dossier ne modifiaient en conséquence pas la prise de position du 5 juin 2019. L'arrêt de travail à 100% n'était pas justifié jusqu'au 18 août 2019. Les examens médicaux demandés étaient inutiles dans le cadre de la prise en charge et du suivi de l'événement déclaré initialement. Il serait utile de communiquer l'ensemble de l'évaluation faite à la CRR au Dr I\_\_\_\_\_, pour une dernière appréciation.

49. Par décision du 28 juin 2019, la SUVA a informé l'assuré qu'elle le considérait comme pleinement apte à exercer son activité professionnelle à 100% dès le 11 juin 2019.
50. Le 28 juin 2019, la SUVA a adressé au Dr I\_\_\_\_\_ le rapport de sortie de la CRR et l'appréciation de son service médical.
51. Le 19 juillet 2019, l'assuré a contesté la décision de la SUVA. Il n'était pas capable de reprendre le travail. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait confirmé qu'il ne pouvait pas le faire en raison de ses fortes douleurs. Il contestait les conclusions de la CRR. Il se retrouvait dans une grande difficulté physique et financière. Sa vie devenait un cauchemar. Il ne se sentait pas écouté.

L'assuré a transmis à la SUVA un rapport établi le 31 juillet 2019 par le Dr I\_\_\_\_\_ indiquant que celui-ci conservait des douleurs suite à son opération. Il s'agissait de douleurs antérieures du genou en rapport avec une tendinopathie rotulienne. Ces douleurs l'empêchaient actuellement de reprendre ses activités

complètes de la vie courante et professionnelle. Le patient poursuivait la rééducation et devait revoir le médecin du sport prochainement.

52. Le 2 août 2019, l'assuré a appelé la SUVA en colère au sujet de la CRR, qui avait mentionné dans son rapport qu'il avait un habitus particulier avec le crâne rasé et une longue barbe. Il considérait que c'était une phrase raciste et se demandait si c'était pour cette raison que la SUVA mettait fin à ses prestations. Il relevait d'autres éléments négatifs dans le rapport, par exemple le fait qu'il avait refusé de serrer la main de la psychiatre, alors que c'était juste parce qu'il avait eu un épisode de gastro-entérite.
53. Le 6 août 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'opposition de l'assuré ainsi que les éléments apportés par le Dr I\_\_\_\_\_ ne modifiaient pas son appréciation du 20 juin 2019.
54. Par décision sur opposition du 28 août 2019, la SUVA a rejeté l'opposition en se référant au rapport d'évaluation de la CRR ainsi qu'à l'appréciation médicale détaillée du Dr G\_\_\_\_\_ du 20 juin 2019. L'assuré avait mentionné dans son opposition que les médecins de la CRR avaient constaté qu'il avait un problème avec son genou et qu'il était dans l'impossibilité de reprendre son travail, ce que le Dr I\_\_\_\_\_ attestait aussi. Depuis l'opération du genou, le 26 octobre 2018, de nombreux examens médicaux avaient été pratiqués afin de cerner l'origine des douleurs de l'assuré. L'évaluation de trois jours pratiquée à la CRR au printemps 2019 n'avait pas permis de mettre en évidence des causes organiques rapportables à l'accident assuré pouvant expliquer l'intensité des plaintes de l'assuré. De plus, lors des tests et des exercices, la CRR avait constaté qu'il était difficile d'évaluer ses capacités réelles, des incohérences ayant été constatées. Dans son appréciation médicale du 20 juin 2019, le médecin d'arrondissement s'était prononcé de façon détaillée sur les conclusions du 13 juin 2019 du Dr I\_\_\_\_\_ et sur la demande du chirurgien de pratiquer de nouveaux examens. Dans un avis subséquent, le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé que le rapport du 31 juillet 2019 du Dr I\_\_\_\_\_ ne modifiait en rien son évaluation précédente. Dans ces conditions, il n'y avait pas lieu de revenir sur sa décision reconnaissant l'assuré apte à reprendre le travail au 11 juin 2019.
55. Le 20 septembre 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir qu'il avait encore des douleurs au genou et un claquement de la rotule. À chaque C\_\_\_\_\_ mouvement, il avait plus de douleur au ménisque. Il contestait le rapport de la CRR, qui contenait des propos racistes. Il s'était senti humilié.
56. Le 26 septembre 2019, l'assuré a complété son recours. Il demandait l'aide de la chambre des assurances sociales, car il était père de deux enfants et bientôt de trois. Il avait des problèmes financiers. Il ne pouvait pas travailler à cause de ses douleurs, car son genou n'était pas guéri. Il ne pouvait pas s'inscrire à Pôle emploi

en France, car il ne pouvait pas travailler. Il ne savait plus quoi faire. Il avait été rabaissé, humilié et abandonné.

57. Par réponse du 19 novembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le rapport de la CRR ne prêtait pas le flanc à la critique. L'indication « crâne rasé avec une longue barbe » faisait partie de la description clinique du recourant. L'arthro-IRM réclamée avait été refusée au recourant, car il en avait déjà passé deux. La CRR clôturait ses évaluations par un débriefing qui permettait aux assurés de s'exprimer. Dans ces conditions, en l'absence de rapports médicaux contredisant de manière circonstancielle le rapport de la CRR et les avis du médecin d'arrondissement de l'intimée, celle-ci était fondée à reconnaître le recourant apte à reprendre le travail au 11 juin 2019.
58. Par réplique du 10 décembre 2019, le recourant a contesté le rapport de la CRR et notamment le fait qu'il y soit indiqué qu'il avait le « crâne rasé avec une longue barbe ». Il était un humain comme tout le monde, n'avait jamais eu de problèmes avec la justice, était serviable et respectait toute personne. Il avait toujours été un employé irréprochable. Dans le rapport de la CRR, il était retenu qu'il avait certains traits obsessionnels avec une probable fragilité narcissique. Le recourant avait l'impression qu'on voulait ainsi le faire passer pour un déséquilibré. La CRR l'avait dénigré. Le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait pas pris le temps de lui donner des explications. Pour avoir un avis supplémentaire, il avait consulté le docteur P\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste à Genève, qui lui avait demandé de refaire une IRM. Le Dr P\_\_\_\_\_ lui avait expliqué qu'il devait faire de la rééducation intensive et que cela prendrait du temps, car son genou était fragile et qu'il ressortait d'une opération. Le recourant estimait que la SUVA avait fait preuve d'un grand manque de professionnalisme.

À l'appui de son écriture, le recourant a produit :

- un rapport établi par le docteur Q\_\_\_\_\_, du centre d'imagerie médicale Jean-Violette, le 19 novembre 2019, qui concluait, suite à une IRM du genou gauche du recourant, à un minime clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne sans atteinte de la surface articulaire et à une minime lésion radiaire avec amputation du bord libre au niveau du segment moyen du ménisque externe ;
- un certificat médical établi par le Dr P\_\_\_\_\_ le 4 novembre 2019 attestant d'une incapacité de travail du recourant à 100% du 1<sup>er</sup> au 25 novembre 2019 ;
- un certificat médical établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 2 octobre 2019 certifiant que l'état de santé du recourant nécessitait un arrêt des activités physiques et professionnelles de trente jours ;
- un rapport établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 2 octobre 2019 attestant que les suites des douleurs au genou survenues lors de l'accident de février 2018 étaient liées au traumatisme initial et qu'il y avait une récupération difficile du genou malgré une amélioration après la prise en charge chirurgicale et la rééducation ;

- un rapport établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 2 octobre 2019 à l'attention du docteur R\_\_\_\_\_, de Marignier en France, indiquant qu'il avait revu le patient concernant des douleurs d'évolution chronique de son genou gauche. L'examen clinique était inchangé. Il y avait toujours des déficits musculaires importants des muscles stabilisateurs de hanche et du genou et une souffrance fémoro-tibiale externe, fémoro-patellaire, associée à une tendinopathie rotulienne. Il avait donné des conseils au patient pour des exercices d'auto-rééducation et renouvelait l'ordonnance de kinésithérapie, qui lui semblait plus efficace de manière encadrée.
  - un certificat médical établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 9 décembre 2019 attestant que l'état de santé du recourant nécessitait un arrêt des activités physiques et professionnelles d'une durée de trente jours ;
  - un rapport établi le 9 décembre 2019 par le Dr C\_\_\_\_\_ indiquant que l'évolution était stable et que le recourant avait toujours des douleurs articulaires, mais surtout patellaires, et une tendinopathie rotulienne dans un contexte de déficit de force important.
59. Dans un rapport établi le 17 décembre 2019, le Dr P\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu le recourant à sa consultation et avoir effectué une nouvelle résonance magnétique, qui confirmait un genou en excellent état, avec quelques séquelles postopératoires au niveau méniscal, mais sans nouvelle déchirure. Il pensait que les douleurs et la gêne que le patient ressentait étaient purement fonctionnelles et nécessitaient une prise en charge de type physiothérapie intensive avec renforcement et mobilisation intensive, si possible dans un centre de rééducation du sport avec un suivi par un médecin rééducateur. Il n'y avait absolument aucune lésion anatomique pour expliquer les symptômes du patient et aucune indication à faire un quelconque geste chirurgical à l'heure actuelle. Il n'avait pas proposé de nouveau rendez-vous au patient, mais restait à disposition.
60. Le 27 mars 2020, le recourant a transmis à la chambre de céans de nouvelles écritures reprenant en détail les faits de la cause et les arguments du recourant.
61. Sur ce, 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), 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.
  3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
  4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
  5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de cesser le versement de ses prestations au recourant au-delà du 10 juin 2019, au motif qu'il était capable de travailler à 100% depuis lors et qu'il n'y avait plus lieu de poursuivre le traitement médical.
  6. a. 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).

b. 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 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 (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

d. 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. 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 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

7. 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).

8. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

c.a. Ainsi, en principe, lorsqu'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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c.b. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Les appréciations médicales des médecins de la SUVA ou des cliniques de réhabilitation de la SUVA (telles que la CRR) n'ont que la valeur d'un médecin interne à l'assurance (*versicherungsinerner ärztlicher Feststellungen*). Aussi, de légers doutes sur leur fiabilité et leurs conclusions nécessitent des éclaircissements complémentaires (*ergänzende Abklärungen*) (ATF 145 V 97; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_661/2019 du 23 janvier 2020).

c.c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

---

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. 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).
10. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
- 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

12. a. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ;

---

ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. En l'espèce, la décision querellée est principalement fondée sur l'évaluation interdisciplinaire de la CRR. Selon le rapport signé par les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, le recourant souffrait encore, au jour de leur examen, de gonalgies persistantes après la résection partielle du ménisque externe du 26 octobre 2018. Le recourant n'avait collaboré que très partiellement à l'évaluation de ses capacités fonctionnelles, qui n'avaient pu être déterminées. Le traumatisme du 20 février 2018 avait provoqué une lésion intra-articulaire et une lésion méniscale externe très discrète. Les suites opératoires avaient sans doute été laborieuses avec une hémarthrose, puis une importante décharge dont témoignait encore un certain degré d'atrophie musculaire de la cuisse et du mollet. L'examen physique actuel était toutefois rassurant. L'IRM post-opératoire l'était également. On ne comprenait médicalement ni l'intensité de la douleur actuelle, ni l'autolimitation au cours des tests standardisés, ni l'autodépréciation massive de ses propres aptitudes fonctionnelles.

Ce rapport ne détermine pas de manière claire la capacité de travail du recourant, ni le retour au *statu quo sine vel ante*. Les experts semblent avoir considéré que l'intensité des douleurs dont le recourant se plaignait encore n'était plus en lien de causalité naturelle avec l'accident, faute de données médicales objectives justifiant le handicap allégué, sans dater ni justifier le retour au *statu quo sine vel ante*. Les experts ont relevé que les suites opératoires avaient sans doute été laborieuses avec une hémarthrose, puis une importante décharge, dont témoignait encore un certain degré d'atrophie musculaire de la cuisse et du mollet, admettant ainsi que les suites de l'opération avaient été plus longues qu'attendues. Ils n'ont pas expliqué pour quelles raisons, au jour de leur examen, les douleurs du recourant ne pouvaient plus être mises en lien avec l'opération du 26 octobre 2018, étant rappelé que l'intimée n'avait pas contesté que cette opération était en lien avec l'accident, puisqu'elle a accepté de prendre en charge les frais liés à celle-ci le 2 octobre 2018.

Le rapport de la CRR n'est ainsi pas convaincant et il ne peut, dès lors, se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il est en outre remis en cause par les rapports des médecins traitants du recourant.

En effet, dans son rapport médical du 10 février 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lésion du ménisque interne et externe du genou gauche du recourant et relevé que les douleurs persistaient, mais que le pronostic était favorable dans les prochains mois. Il n'y avait pas de circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement (par exemple antécédents médicaux, accidents ou conditions de vie). Le recourant avait fait une IRM de contrôle qui était normale. La durée prévisible du traitement était de deux à trois mois. Il n'y avait pas lieu

d'intervenir auprès de l'employeuse pour une affectation à un poste de travail approprié, ni s'attendre à la persistance d'un problème.

Il en résulte qu'en février 2019 déjà, l'IRM de contrôle était normale et que cela n'a pas empêché l'intimée de prendre en charge le cas par décision du 5 juin 2019.

Selon le rapport établi le 31 juillet 2019 par le Dr I\_\_\_\_\_, suite à son opération, le recourant conservait des douleurs qui l'empêchaient de reprendre le travail. Ce médecin ne semblait ainsi pas remettre en cause le fait que les douleurs étaient encore liées à l'opération subie, même si elles avaient duré plus longtemps qu'il ne l'avait prévu le 10 février 2019.

Même si le Dr P\_\_\_\_\_ a conclu, le 17 décembre 2019, à l'absence de lésion anatomique pour expliquer les symptômes du recourant, il semblait considérer que l'opération du 26 octobre 2018 avait encore des conséquences sur l'état de santé du recourant, puisqu'il faisait état de séquelles postopératoires au niveau méniscal, selon l'IRM, et estimait nécessaire une prise en charge de type physiothérapie intensive avec renforcement et mobilisation intensive.

Ainsi, il apparaît vraisemblable qu'au-delà du 10 juin 2019, l'incapacité de travail et les soins médicaux dispensés au recourant étaient encore, au moins partiellement, en lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 février 2018.

Faute de rapports établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les causes accidentelles de l'atteinte à la santé du recourant ne jouaient plus de rôle dans ses douleurs et l'incapacité de travail dès le 11 juin 2019, attestée par ses médecins traitants, l'intimée ne pouvait pas cesser le versement de ses prestations dès cette date, étant rappelé que le fardeau de la preuve lui appartient dans le contexte de la suppression du droit à des prestations.

14. Il se justifie en l'occurrence d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimée pour prise en charge des suites de l'accident au-delà du 10 juin 2019 ou mise en œuvre d'une expertise, conformément à l'art. 44 LPGA, et nouvelle décision. Il n'appartient en effet pas à la chambre de céans d'ordonner elle-même une expertise judiciaire, dès lors que l'intimée s'est fondée sur un dossier insuffisamment instruit.
15. Il ne sera pas alloué de dépens au recourant qui obtient partiellement gain de cause, car il a agi sans l'assistance d'un avocat et n'en a pas demandés (art. 61 let. g LPGA).
16. 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 rendue par l'intimée le 28 août 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimée au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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