

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3555/2013

ATAS/1074/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 octobre 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, représenté par
FORTUNA Assurance de Protection Juridique SA

recourant

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian
GROSJEAN

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, a exercé une activité lucrative de palefrenier au sein de l'ECOLE B_____ SA (ci-après l'ex-employeur). À ce titre, il était assuré auprès de la BALOISE ASSURANCE SA (ci-après la BALOISE ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 12 juin 2012, l'ex-employeur a annoncé à la BALOISE un accident survenu le 11 juin 2012. L'assuré était tombé en descendant d'un tracteur et souffrait de contusions du genou droit.
3. Le 13 juin 2012, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie cardio-vasculaire, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 13 juin 2012 en raison du traumatisme direct du genou droit.
4. Le 29 juin 2012, une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) du genou droit de l'assuré a été réalisée par le Dr D_____, spécialiste FMH en radiologie. Ce dernier a posé les diagnostics de discret épanchement intra-articulaire et du kyste poplité ; déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne ; dégénérescence avec déchirure grade III de la corne antérieure du ménisque externe et développement d'un kyste méniscal adjacent ; chondropathie rotulienne grade II ; tendinopathie d'insertion rotulienne sur une excroissance de la tubérosité tybiale antérieure dans le cadre d'une ancienne maladie d'Osgood-Schlatter ; discrète chondropathie condylienne antérieure sous forme d'aminicissement du cartilage.
5. Le 31 juillet 2012, le Dr P_____ a indiqué que l'assuré pouvait reprendre le travail dès le 27 juin 2012.
6. Par rapport du 10 août 2012, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de status post contusion du genou droit, d'ankylose et d'amyotrophie sur immobilisation inadéquate, liée à une immobilisation par attelle fixe durant 4 semaines. Une incapacité de travail totale perdurait et il préconisait la poursuite du traitement de physiothérapie que l'assuré avait entamé.
7. Invité par la BALOISE à se déterminer, le Dr F_____, médecin-conseil, a indiqué le 17 septembre 2012 que selon l'IRM, le kyste méniscal et la lésion du ménisque externe pouvaient être anciens, et que l'événement accidentel ne semblait pas avoir décompensé un état antérieur. Les lésions du ménisque externe et le kyste étaient probablement d'origine dégénérative, tandis que celles touchant le ménisque interne étaient probablement dues à un traumatisme. Pour la déchirure du ménisque interne, il estimait qu'une intervention chirurgicale était en lien de causalité avec l'accident. L'assuré pourrait reprendre le travail trois à quatre semaines après son opération.
8. Le 24 septembre 2012, l'assuré a subi une intervention chirurgicale effectuée par le Dr E_____ à la Clinique de Genolier, soit une arthroscopie du genou droit et une

résection méniscale partielle de la corne postérieure du ménisque interne et de la corne antérieure du ménisque externe.

9. Le 16 janvier 2013, une deuxième IRM du genou droit de l'assuré a été réalisée par le Dr G_____, spécialiste FMH en radiologie. Il constatait la persistance d'un clivage horizontal du corps du ménisque associé à un volumineux kyste para-méniscal externe s'étendant sur 3 cm, une ulcération cartilagineuse mettant quasiment à nu le versant antérieur [...] du condyle fémoral externe, un amincissement du revêtement cartilagineux [...], un petit kyste de Baker et une fissure cartilagineuse [...] touchant les trois quarts de l'épaisseur du cartilage. Il suspectait également la présence d'un fragment méniscal et d'une paillette métallique associée, mesurant 6 mm.
10. Le 13 février 2013, le Dr E_____ a pratiqué sur l'assuré une nouvelle opération chirurgicale, soit une arthroscopie du genou droit, une régularisation de la corne postérieure du ménisque interne, une ablation du conflit synovial antérieur, une résection de la corne antérieure du ménisque externe et une vidange d'un kyste para-méniscal antéro-externe.
11. Il a confirmé le 11 mars 2013 les diagnostics de déchirure de la corne antérieure du ménisque externe du genou droit, de status post arthroscopie puis méniscectomie interne et externe, et de conflit synovial antérieur (cyclope libre).
12. La BALOISE a soumis une nouvelle fois le dossier de l'assuré à son médecin-conseil. Par message électronique du 8 avril 2013, le Dr F_____ a exposé qu'une partie de l'intervention chirurgicale, soit la reprise de la déchirure du ménisque interne et l'excision synoviale, était en lien de causalité avec l'accident, contrairement aux autres gestes médicaux (ménisque externe et kyste) qui ne l'étaient probablement pas. Si la BALOISE envisageait de refuser la prise en charge de cette partie de l'intervention, il suggérerait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, laquelle se justifiait d'autant plus que l'IRM de janvier 2013 montrait une usure du cartilage probablement sans lien avec l'accident et qui pourrait conduire un jour à la pose d'une prothèse. L'incapacité de travail à prévoir était d'environ 6-8 semaines et son pronostic était peu favorable.
13. Le 19 avril 2013, la BALOISE a informé l'assuré qu'elle acceptait de prendre en charge l'intervention chirurgicale du 13 février 2013 mais émettait des réserves sur l'octroi de prestation futures.
14. Le 6 mai 2013, une nouvelle IRM du genou droit de l'assuré a été réalisée par le Dr G_____. Ce dernier a indiqué que persistaient des signes compatibles avec une déchirure complexe du corps et de la corne antérieure du ménisque externe (...). Il constatait également un petit fragment évoquant un fragment méniscal libre (...), ainsi que les lésions cartilagineuses qu'il avait déjà observées.
15. Par rapport du 7 mai 2013, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une récurrence de douleurs suite à la reprise de son travail à 100% le 4 avril 2013. L'IRM

du 6 mai 2013 ne démontrait pas de lésion nouvelle, son pronostic était à priori favorable, et un dommage permanent n'était en principe pas à craindre.

16. Dans un rapport du 23 mai 2013, le médecin-conseil, après s'être entretenu avec le Dr E_____, a déclaré que la lésion initiale, soit le choc direct sur le genou, n'était probablement pas à l'origine des deux lésions méniscales et condyliennes. La déchirure du ménisque externe et interne avait été traitée lors des deux arthroscopies, tandis que les symptômes persistants n'étaient pas toujours corroborés par les examens cliniques et semblaient liés à une atteinte dégénérative préexistante, que l'accident avait provisoirement péjorée. On pouvait fixer le retour au statu quo sine en avril 2013, en tenant compte de la bonne récupération intervenue durant le mois en question et de la reprise du travail. En outre, le Dr E_____ avait déclaré que les IRM de janvier et mai 2013 ne démontraient « pas de modification ».
17. Par décision du 18 juillet 2013, la BALOISE a mis un terme sur cette base au versement de ses prestations dès le 4 avril 2013, date à laquelle le statu quo sine avait été retrouvé.
18. Par rapport du 10 septembre 2013, le Dr H_____, chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a indiqué qu'il avait pris en charge l'assuré pour une gonalgie droite. Ce dernier présentait à chacune de ses consultations une douleur du compartiment interne, positive lors des tests méniscaux et en hyper-extension. Après avoir visualisé les « images » figurant au dossier avec le Pr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ils estimaient que l'origine traumatique de la lésion (ménisque et chondropathie) ne pouvait être formellement exclue. Cependant, ce type d'atteinte était habituellement d'origine dégénérative. Il proposait au Dr E_____ d'effectuer une infiltration et éventuellement une nouvelle IRM.
19. Le 12 septembre 2013, l'assuré, représenté par un conseil, a contesté la décision du 10 juillet 2013.
20. Le 30 septembre 2013, l'assuré a complété son opposition, en faisant valoir que la conclusion du Dr F_____ relative au statu quo sine n'était pas suffisamment motivée et convaincante. Il a joint un rapport du Dr J_____ du 26 septembre 2013, dont il ressortait que le statu quo sine serait atteint d'ici trois mois environ.

Dans ce rapport, le Dr J_____ a indiqué qu'une lésion méniscale interne complexe et une chondropathie fémorale interne et rotulienne pouvaient être constatées sur les rapports d'examen, notamment IRM. Les lésions méniscales étaient plutôt d'allure dégénérative mais une composante traumatique ne pouvait pas être exclue. Le lien de causalité entre l'accident et la chondropathie était peu probable, car cette atteinte était vraisemblablement préexistante. Le type de lésion évoquait plutôt une origine dégénérative qui s'était aggravée suite au traumatisme. Néanmoins, la symptomatologie actuelle était très évocatrice pour le ménisque interne et non pour la chondropathie. L'accident avait pu aggraver les atteintes préexistantes pendant

douze mois au maximum pour le ménisque et environ six mois s'agissant du cartilage (activation de l'arthrose). Contrairement au Dr F_____, il estimait que le statu quo sine n'avait pas été atteint en avril 2013, car la cicatrisation de la dernière intervention chirurgicale (février 2013) pouvait encore prendre jusqu'à trois mois. Il n'était pas non plus d'accord avec la conclusion de ce médecin selon laquelle « les symptômes persistants, pas toujours en corrélation avec les examens cliniques, semblent en liaison avec une atteinte dégénérative préexistante que l'accident a provisoirement péjoré », car ses examens cliniques étaient cohérents avec un test positif du ménisque interne du genou droit. Le patient était collaborant et il proposait un traitement par viscosupplémentation.

21. La BALOISE a prié son médecin-conseil de se prononcer sur le rapport du Dr J_____ du 10 septembre 2013. Le 23 mai 2013 (recte : 4 octobre 2013), le Dr F_____ a proposé de suivre l'avis de ce médecin, selon lequel les lésions observées pouvaient être secondaires aux lésions méniscales mais étaient vraisemblablement d'origine dégénérative. Il a en outre rappelé que selon le Dr E_____, le retour au statu quo sine pouvait être fixé en avril 2013.
22. Par décision du 4 octobre 2013, la BALOISE a fait siennes les conclusions de son médecin-conseil et a rejeté l'opposition de l'assuré. En outre, elle a précisé qu'elle ne prendrait pas en charge le traitement par viscosupplémentation proposé par le Dr J_____, qui concernait des lésions du cartilage.
23. Par acte du 6 novembre 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours, concluant, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et au « renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision en ce sens que le droit aux prestations est reconnu au-delà du 4 avril 2013 », subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire. Il a réitéré que la conclusion du Dr F_____ relative au retour du statu quo sine le 4 avril 2013, fondée uniquement sur sa bonne récupération et la reprise de son travail, n'était pas suffisamment motivée et convaincante. Cette conclusion était également contredite par le Dr J_____, selon lequel l'accident avait aggravé des atteintes préexistantes méniscales et cartilagineuses respectivement pendant douze mois au maximum et six mois environ, le statu quo sine étant atteint à la fin de l'année 2013. En outre, l'assuré estimait que sa situation ne s'était pas améliorée, de sorte qu'il s'entretiendrait prochainement avec les Drs K_____ et L_____.

À l'appui de ses écritures, le recourant a notamment joint :

- un rapport du 17 septembre 2013 du Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, aux termes duquel il suspectait un névrome du genou pouvant expliquer en grande partie les douleurs de l'assuré. Si ce diagnostic n'était pas confirmé par le Dr L_____, qui s'entretiendrait avec ce dernier, il suggérerait d'effectuer une troisième arthroscopie.

- un rapport du 7 octobre 2013 du Dr L_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, selon lequel l'assuré souffrait d'une douleur persistante du compartiment interne,

avait été licencié et s'était inscrit au chômage. L'examen clinique était compatible avec une douleur neuropathique, qui était également confirmée par un test de perfusion. Il proposait une révision chirurgicale du nerf saphène et avait orienté l'assuré vers le Pr K_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et chirurgie plastique.

- un rapport du Dr M_____ du 18 octobre 2013, à teneur duquel le diagnostic de névrome d'une branche du nerf saphène du genou droit avait été confirmé par le Dr L_____. Pour le Dr M_____, les douleurs de l'assuré étaient directement liées au traumatisme survenu en juin 2012 et aux deux interventions chirurgicales subséquentes, qui étaient à l'origine du névrome.

24. Le 30 janvier 2014, dans le délai imparti par la chambre de céans, le recourant a complété son recours et persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le lien de causalité entre le névrome et son accident était certain, et qu'il ne présentait aucune atteinte préexistante, si bien qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte d'un statu quo sine. Il se prévalait des deux rapports suivants :

- un rapport du 28 novembre 2013 de la Dresse N_____, médecin assistante au Service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après le CHUV), confirmant une forte suspicion de névrome du nerf saphène interne du genou droit. Une intervention chirurgicale était agendée le 14 janvier 2013 ;

- un rapport du 22 janvier 2014 de la Dresse N_____, aux termes duquel la révision chirurgicale du nerf saphène du 14 janvier 2013 avait permis de confirmer la présence d'un névrome [...]. Il était certain que le névrome avait été provoqué par le traumatisme du genou ou par l'arthroscopie l'ayant suivi, car un tissu cicatriciel compressant la branche du nerf avait été constaté. En outre, l'apparition d'un névrome n'était jamais dégénérative et l'assuré ne présentait aucune atteinte préexistante. Elle n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr F_____ selon lesquelles « le statu quo sine a été atteint en avril 2013 » et « les symptômes persistants, pas toujours en corrélation avec les examens cliniques, semblent en liaison avec une atteinte dégénérative préexistante que l'accident a provisoirement péjoré », car la dernière intervention chirurgicale avait démontré une lésion du nerf saphène interne et la douleur neuropathique n'avait jamais une origine dégénérative.

25. Par rapport du 3 février 2014, la Dresse N_____ a exposé que les douleurs du recourant avaient presque disparu, quinze jours après sa dernière opération. Ce dernier mobilisait son genou avec l'amplitude et les charges maximales sans souffrances, hormis de petites lancées occasionnelles qui ne le dérangent pas. Ce résultat confirmait l'origine traumatique des douleurs. Elle relevait que des récurrences de douleur étaient parfois possibles, lesquelles pourraient le cas échéant entraîner une nouvelle intervention chirurgicale (résection du nerf avec enfouissement).

26. L'intimée a prié son médecin-conseil de se déterminer sur le rapport de la Dresse N_____ du 22 janvier 2014. Selon le Dr F_____, cette dernière n'évoquait aucune des pathologies articulaires sur lesquelles l'intimée s'était prononcée et le névrome avait vraisemblablement été découvert tardivement, car c'était la première fois que cette complication de l'arthroscopie figurait au dossier. Le névrome était en lien de causalité probable avec l'une ou l'autre des opérations pratiquées en 2012-2013 et son retour au statu quo sine pouvait être envisagé en juillet 2014, six mois après la dernière intervention. Ce dernier ne changeait rien à la disparition, en avril 2013, du lien de causalité entre les atteintes intra articulaires et l'événement du 11 juin 2012.
27. Par réponse du 5 mars 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a soutenu que les faits décrits dans les rapports des Drs N_____ et F_____ des 28 novembre 2013, 22 janvier et 3 février 2014 étaient postérieurs à la décision litigieuse, de sorte que le diagnostic de névrome devait faire l'objet d'une décision séparée. Au regard de l'état de fait existant à la date de la décision litigieuse, le statu quo sine était atteint depuis le 4 avril 2013, car le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail à cette date et ne bénéficiait plus d'un traitement médical auprès du Dr E_____ depuis le 28 mars 2013 (selon la feuille-accident LAA figurant au dossier). En outre, selon ce dernier et le Dr I_____, le type de lésion évoquait plutôt une origine dégénérative préexistante. Le Dr J_____ avait certes évoqué que l'accident avait pu aggraver une atteinte préexistante, mais il ne considérait dite aggravation que comme possible et non comme probable. Par ailleurs, comme le relevait son médecin-conseil, la présence d'un névrome ne changeait rien à la disparition du lien de causalité entre l'accident et les atteintes intra-articulaires. S'agissant enfin du traitement par visco-supplémentation, il avait été proposé par le Dr J_____ postérieurement au statu quo sine qu'il avait lui-même retenu et ne serait donc pas pris en charge.
28. Par réplique et duplique des 18 mars et 11 avril 2014, le recourant et l'intimée ont persisté dans leurs conclusions respectives.
29. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. 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 délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 4 avril 2013, singulièrement sur la persistance d'un lien de causalité entre l'accident du 11 juin 2012 et ses atteintes méniscales et cartilagineuses.
5. L'intimée soutient que le diagnostic de « névrome en continuité d'une branche du nerf saphène » excède l'objet du litige et doit faire l'objet d'une décision séparée.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. En effet, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2, ATF 122 V 36 consid. 2a et les références citées).

En l'occurrence, force est de constater que la décision litigieuse ne statue pas sur la question du lien de causalité entre le diagnostic de névrome et l'accident du 11 juin 2012, dès lors que l'intimée ne disposait d'aucune pièce mentionnant une telle atteinte jusqu'au stade du recours. Partant, cette question, comme celle de savoir si l'assuré souffre d'un névrome, sortent de l'objet du litige et devront faire l'objet d'une décision distincte, comme l'envisage l'intimée.

6. 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).

7. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne

serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui

existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

9. a. 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).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2,

U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

10. a. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur les conclusions du Dr F_____, médecin-conseil de l'intimée, lequel a notamment estimé, après s'être entretenu avec le Dr E_____, que « les symptômes persistants, pas toujours en corrélation avec les examens cliniques, semblent en liaison avec une atteinte dégénérative préexistante que l'accident a provisoirement péjoré (...) Considérant une bonne récupération en avril 2013 et une reprise du travail antérieur, on peut fixer à cette date le retour au statu quo sine » (cf. rapport du 23 mai 2013).

Le recourant conteste les conclusions du Dr F_____ relatives au retour du statu quo sine en avril 2013, lesquelles ne lui paraissent ni suffisamment motivées ni convaincantes. Il soutient qu'il ne présente aucune atteinte préexistante, si bien qu'il n'y a pas lieu de tenir compte d'un statu quo sine. Il se prévaut des rapports de ses médecins, notamment ceux des Drs J_____, M_____ et O_____.

Le Dr J_____ a répondu positivement à la question de savoir si l'accident du 11 juin 2012 avait pu aggraver des atteintes préexistantes, précisant que la durée de cette aggravation pouvait aller jusqu'à douze mois sur le plan méniscal et six mois environ sur le plan du cartilage. Il a réfuté les conclusions du Dr F_____, motif pris que ses examens cliniques étaient cohérents avec un test positif du ménisque interne et que la cicatrisation de l'intervention chirurgicale de février 2013 pouvait encore prendre jusqu'à trois mois, soit jusqu'en décembre 2013 (cf. rapport du 26 septembre 2013).

- b. Comme cela ressort de ce qui précède, les Drs F_____ et J_____ estiment l'un et l'autre que l'accident du 11 juin 2012 a péjoré une atteinte dégénérative

préexistante. Leurs conclusions divergent en revanche sur la durée de cette aggravation.

Afin de se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les atteintes méniscales et cartilagineuses du recourant et son accident du 11 juin 2012, partant sur la date d'un éventuel statu quo sine, il convient d'examiner la valeur probante des rapports des Drs F_____, J_____ et E_____.

c. À titre préliminaire, la chambre de céans estime inutile de se prononcer sur la valeur probante des rapports des Drs M_____, L_____ et O_____ produits par le recourant à l'appui de ses écritures. En effet, ces derniers traitent du diagnostic de névrome et de son lien de causalité éventuel avec l'accident du 11 juin 2012, soit de questions qui excèdent l'objet du litige (cf. consid. 5).

d. S'agissant du rapport du Dr F_____ du 23 mai 2013, il sied de relever que ses conclusions relatives au retour d'un statu quo sine en avril 2013 sont motivées de manière particulièrement sommaire, puisqu'elles tiennent compte essentiellement d'une « bonne récupération en avril » et de la « reprise du travail », étant précisé que l'appréciation complète de ce médecin ne s'étend que sur 17 lignes, en tenant compte du résumé de son entretien avec le Dr E_____. En outre, selon ce même rapport, les IRM effectuées les 16 janvier et 6 mai 2013 ne démontrent aucune « modification ». Comme les IRM précitées ne démontrent pas d'évolution de la situation, on peine à comprendre la bonne récupération alléguée en avril 2013, qui n'est au demeurant pas corroborée par le rapport du Dr E_____ du 11 mars 2013, établi à une date proche. Le Dr E_____ y décrit une évolution très lentement favorable, un pronostic réservé et stipule qu'aucune reprise du travail n'est envisagée à court terme. Par ailleurs, on ignore si le Dr F_____ a tenu compte du temps nécessaire à la cicatrisation de l'intervention chirurgicale de février 2013 pour se déterminer sur le statu quo sine, ce point n'étant pas abordé dans son rapport contrairement à celui du Dr J_____. Enfin, on remarquera que la reprise du travail dont le Dr F_____ a tenu compte en avril 2013 s'est révélée particulièrement brève, puisque le recourant s'est inscrit au chômage, apparemment en juillet 2013 (cf. rapport du Dr L_____ du 7 octobre 2013). Partant, la chambre de céans estime qu'une pleine valeur probante ne saurait être reconnue au rapport du Dr F_____ du 23 mai 2013, lequel se fonde sur des conclusions insuffisamment motivées et dont certains indices remettent en question le bien fondé. Une pleine valeur probante ne peut a fortiori pas être admise s'agissant de son rapport du 8 avril 2013, dont la motivation est encore plus succincte.

e. Cela étant, il n'y a pas lieu non plus de se fonder sur le rapport du Dr J_____ du 26 septembre 2013, dès lors qu'il ne contient aucune anamnèse, est peu motivé et que ses conclusions sont confuses. On relèvera en particulier que le Dr J_____, invité à se déterminer au sujet du statu quo sine, a indiqué que la cicatrisation de l'opération chirurgicale de février 2013 pouvait « encore prendre jusqu'à trois mois », soit jusqu'en décembre 2013. Il a toutefois déclaré dans le même document que l'accident avait probablement aggravé une atteinte méniscale préexistante

pendant douze mois au maximum, soit jusqu'en juin 2013. Force est de constater que ces conclusions, qui tendent à confirmer le statu quo sine du ménisque du recourant en juin 2013 d'une part, en décembre 2013 d'autre part, sont peu claires voire contradictoires et qu'elles ne peuvent donc pas être suivies. Il y a également lieu de 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).

f. La chambre de céans ne saurait davantage se baser sur les autres rapports figurant au dossier, émanant en particulier du Dr E_____. En effet, ceux-ci sont également peu motivés et ne se prononcent pas expressément sur le lien de causalité entre l'accident et les atteintes méniscales et cartilagineuses, ni sur la date d'un éventuel statu quo sine.

11. Pour les motifs précités, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 11 juin 2012 et les atteintes susmentionnées, singulièrement sur la date d'un éventuel statu quo sine. Force est de constater que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base d'un rapport de son médecin-conseil très peu motivé et ne disposant pas d'une pleine valeur probante, dont les conclusions sont de surcroît contestées par le Dr J_____. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur le lien de causalité entre les atteintes méniscales et cartilagineuses et l'accident du 11 juin 2012, en particulier sur la date d'un éventuel statu quo sine. Celle-ci sera mise en œuvre par une expertise en médecine orthopédique confiée à un expert indépendant, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

12. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 2'000.- (art. 61 let g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03).

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 4 octobre 2013.
3. Renvoie le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 2'000.- au recourant, à titre de participation à ses frais et dépens.
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

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