
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, A_____ ou le recourant) né en 1954, concierge, travaillait en 2008 pour l'entreprise Entretien de bâtiments B_____ à Onex. Selon la déclaration accident-bagatelle LAA de son employeur du 27 décembre 2008 à la SUVA (ci-après : la CNA ou l'intimée), il a été victime d'un accident le 21 novembre 2008 à 10h30 : il a fait une glissade dans les escaliers, pendant son travail de conciergerie. La partie du corps atteinte était le genou droit, et le type de lésion était indéterminé, « (A_____.) a rendez-vous chez son médecin », ... le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne. Le numéro 1_____ a été attribué à ce sinistre.
2. Une échographie du genou droit a été effectuée le 1^{er} décembre 2008. Selon le rapport d'examen le diagnostic de «gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire » a été posé. En outre, il n'était pas constaté de lésion osseuse post-traumatique aiguë.
3. Le 26 octobre 2010, l'employeur a rempli une nouvelle formule de déclaration accident-bagatelle LAA, sur laquelle il n'est pas mentionné de date de l'accident, mais le numéro de sinistre (1_____), dans l'espace réservé à cet effet, l'employeur mentionnant sous la rubrique « faits » : « MEDICAMENTS pour ACCIDENT sous NUMERO SINISTRE CI-DESSUS. », et dans le même compartiment, quelques lignes plus bas, il est spécifié: «!NOUVEAU MEDECIN!», ainsi que l'indication sous « suite du traitement par... le Dr D_____ ».
4. La CNA Genève a dès lors interpellé le docteur D_____, chirurgien orthopédique FMH, en le priant de répondre à un certain nombre de questions précises, et le Dr C_____, en l'invitant à remplir le formulaire de rapport initial LAA, pour compléter la déclaration de sinistre.
5. Le 15 novembre 2010, dans son rapport, le Dr C_____ mentionne la date de l'accident du « 19.11.2008 », et avoir dispensé les premiers soins le 21 novembre 2008 pendant les heures de consultation. Dans la rubrique « indications du patient » il relève: « le patient indique avoir été agressé par trois personnes le soir du 19. 11.08 lors de ses activités de concierge ». Sous la rubrique « constatations » ce médecin mentionne : « éraflure et hématome pré-rotulien au genou droit. Éraflures superficielles et hématome au niveau de l'avant-bras gauche. Hématome superficiel à la tempe gauche. Constatations radiologiques: Rx genou droit (01.12.08) : pas de lésions osseuses. Il n'y pas d'incapacité de travail, l'intéressé ayant repris le travail » ; le traitement était terminé le 8 décembre 2008.
6. Le 15 novembre 2010, le Dr D_____, chirurgien orthopédique FMH, a répondu à même le courrier de la CNA que son patient souffre d'une bursite pré-patellaire du genou droit probablement post-traumatique. Pas de lésion méniscale, pas de lésion ligamentaire. À cette date, aucun traitement ni d'autres rendez-vous n'étaient envisagés.

7. Par courrier du 22 novembre 2010, la CNA a accepté d'allouer au recourant les prestations d'assurance pour les suites de l'événement du 21 novembre 2008. Le traitement médical était ainsi pris en charge. En revanche, l'incapacité de travail ayant duré moins de trois jours, le versement des indemnités journalières a été suspendu.
8. Le 27 janvier 2011, le Dr D_____ a retourné à la CNA la formule de rapport médical intermédiaire, précisant que le traitement actuel consiste dans la prescription d'AINS, que le cas était terminé, la bursite pré-patellaire étant en décours.
9. Il résulte d'une note interne de la CNA du 9 novembre 2011, que l'assuré a à nouveau dû consulter le Dr D_____, le 4 novembre 2011, ce dernier lui ayant prescrit de la physiothérapie et des médicaments. Il ne travaillait plus pour l'entreprise B_____ et avait demandé à son employeur actuel, une régie, d'établir une déclaration de rechute. Il n'a pas interrompu le travail.
10. Le 14 novembre 2011, le Dr D_____ a répondu aux questions de la CNA à même le courrier de cette dernière: à la consultation du 4 novembre 2011 il avait constaté une bursite pré-patellaire calme du genou droit d'origine post-traumatique selon l'anamnèse; l'état actuel était calme mais tuméfié; il avait prescrit des médicaments, aucun autre traitement n'étant envisagé.
11. Par courrier du 21 novembre 2011, la CNA a également accepté la prise en charge des frais médicaux suite à la déclaration de rechute en date du 9 novembre 2011 par l'assuré. L'incapacité de travail n'ayant pas dépassé trois jours, le paiement de l'indemnité journalière était par conséquent suspendu.
12. Le 16 janvier 2012 le Dr D_____ a répondu, à même le courrier de la CNA, aux questions posées : les constatations actuelles consistent dans la persistance de douleurs pré-patellaires et sensations de blocages/lâchages du genou droit. L'évolution était moyenne à mauvaise, actuellement handicapante. Diagnostics : bursite pré-patellaire du genou droit lésion ménisque interne genou droit. Traitement entrepris : propose une arthroscopie préventive avec ménisectomie partielle interne du genou droit.
13. L'IRM du 9 janvier 2012 a montré une arthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire. Le 9 février 2012 l'assuré a été opéré (arthroscopie et ménisectomie du genou droit) en raison d'une suspicion de lésion méniscale interne. Il a été en incapacité de travail du 9 février (jour de l'intervention) jusqu'au 18 mars 2012. Les frais de l'intervention et les séances de physiothérapie prescrites ont été pris en charge par la SUVA.
14. Le 19 mars 2012, l'assuré a repris son travail en plein.
15. Le 24 août 2012, le Dr D_____ a retourné à la CNA la formule de rapport médical intermédiaire : le traitement actuel consiste dans la prescription de magnésiocard et

du vélo ! Le traitement est terminé ; il n'y a pas lieu de s'attendre à ce qu'un dommage demeure.

16. Le traitement s'est terminé au 3 décembre 2012. Dans son rapport du 11 décembre 2012, le Dr D_____ a indiqué que le patient avait repris son travail à 100 % depuis le 19 mars 2012. Le traitement était terminé le 3 décembre 2012 et à la question de savoir s'il fallait s'attendre à ce qu'un dommage demeure, il a répondu oui (gonarthrose du compartiment interne).
17. En juin 2014, l'assuré a reconsulté le Dr D_____. L'IRM du 10 septembre 2014 a mis en évidence une gonarthrose fémoro-patellaire et une rupture horizontale de la corne postérieure du ménisque médial ainsi que des lésions cartilagineuses profondes condyliennes médiales (grade III). (L'employeur a déclaré le sinistre en date du 2 septembre 2014, précisant qu'il s'agissait d'une rechute concernant le genou droit de l'assuré, cette rechute remontant au 13 juin 2014). Le 15 septembre 2014, l'assuré a interrompu son travail.
18. Dans son rapport du 19 septembre 2014, le Dr D_____ a allégué que le recourant souffrait de douleurs aiguës en arrière du genou droit et que par conséquent une intervention était à prévoir au début octobre 2014.
19. Le 13 octobre 2014, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Ce médecin a considéré que « l'événement du 21 novembre 2008 a déstabilisé de façon passagère l'état antérieur de ce genou droit. Un *statu quo sine* est fixé au 19 février 2012 (recte : « 18 mars 2012 ») pour les suites de l'accident du 21 novembre 2008. La rechute annoncée le 1^{er} juin 2014 est donc en relation de causalité au mieux possible avec l'événement initial ».
20. Le 10 novembre 2014, se fondant sur l'avis de son médecin conseil, la CNA a avisé l'assuré qu'elle n'était pas tenue d'intervenir puisqu'il n'existait pas de lien de causalité certain vraisemblable entre l'atteinte à la santé suite à l'accident reconnu (événement du 21 novembre 2008) et les nouveaux troubles annoncés à son genou droit en 2014.
21. Par courrier du 26 novembre 2014, représenté par la CAP, Compagnie d'assurance de protection juridique SA, l'assuré a contesté les conclusions de la CNA. Dans l'hypothèse où son courrier du mois de novembre 2014, ne mentionnant pas les voies de recours, était assimilé à une décision, il y était formé opposition. Il a conclu à l'annulation de la décision du 10 novembre 2014, sollicitant une copie du dossier ainsi qu'un délai supplémentaire pour pouvoir se déterminer.
22. En date du 8 décembre 2014, le Dr D_____ a adressé un rapport médical au conseil de l'assuré. Il indique notamment que « le lien de causalité est de plus de 50 % car effectivement l'accident de 2008 a certainement provoqué une lésion du ménisque interne, raison pour laquelle des douleurs persistaient par intermittence au niveau de l'interligne articulaire interne de ce genou droit. Cette lésion méniscale interne bien sûr n'a pas été mise en évidence par les radiographies initiales mais a

seulement été détectée lors de l'IRM de 2012 ». Il a par ailleurs précisé qu'une arthroscopie opératoire résoudrait certainement le problème du ménisque.

23. Le 16 janvier 2015, la CNA Genève a rendu une décision par laquelle elle a confirmé son refus de reprendre le service des prestations d'assurance au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 19 février 2012 au plus tard.
24. En date du 20 février 2015, l'assuré, représenté par son mandataire, a formé opposition contre la décision susmentionnée. Il conteste l'appréciation du médecin d'arrondissement et considère que son dossier n'a pas été instruit correctement et suffisamment. Il sollicite une expertise.
25. Par courrier du 30 mars 2015, Helsana, assureur perte de gain maladie de l'assuré, a retiré l'opposition provisoire qu'elle avait formée le 30 janvier 2015.
26. Par décision sur opposition du 29 octobre 2015, la CNA a maintenu son refus de prise en charge de toute prestation, niant tout lien de causalité avec l'accident, sur la base de l'appréciation médicale du 16 octobre 2015 de son médecin d'arrondissement, selon lequel il s'agit d'une « lésion méniscale de type dégénératif et non pas d'une pathologie post-traumatique,... » ; et que la « rechute annoncée le 1^{er} juin 2014 est en relation de causalité au mieux possible avec l'événement initial ».
27. Par mémoire de son conseil du 30 novembre 2015, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans contre la décision susmentionnée. Il a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, et au fond à l'annulation de la décision sur opposition du 29 octobre 2015 et à la condamnation de l'intimée à lui verser toutes les prestations dues au titre d'accident dans le cadre de la LAA, avec suite de dépens. L'intimée ne se fonde que sur l'avis de son médecin d'arrondissement ceci sans avoir effectué un complément d'instruction, à savoir la mise en œuvre d'une expertise. En effet, en raison des divergences d'opinions entre les médecins, l'avis d'un expert neutre aurait été adéquat. L'instruction est ainsi lacunaire. La décision entreprise doit donc être annulée en raison du défaut d'instruction du dossier. Si aucune expertise n'était effectuée, le recourant conteste entièrement les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée. Il ne se plaignait pas de fortes douleurs à son genou droit avant cet accident de 2008. Il rappelle que selon son médecin traitant, il est clairement établi que les troubles dont il souffre à son genou droit sont toujours liés à l'accident survenu en 2008 (concernant la lésion méniscale), et ceci avec une probabilité de plus de 50 %. En 2012, la CNA avait déjà accepté la prise en charge (notamment pour une intervention) pour la même problématique. L'état de santé actuel du recourant (à savoir la rechute) était prévisible. En effet le Dr D_____ avait signalé qu'un risque de dommages à son genou droit allait demeurer. Ainsi le lien de causalité naturelle doit être admis. Le rapport du Dr D_____ a en effet pleine force probante. Il est complet, clair et bien motivé. En outre, l'accident de 2008 était propre, selon le

cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner ces troubles au genou droit. Au demeurant en présence d'une atteinte physique comme en l'espèce, la causalité adéquate ne pose guère de problème.

28. L'intimée s'est déterminée par courrier du 8 janvier 2016. Le litige porte sur la question de savoir si la CNA était fondée, par sa décision sur opposition, à nier le droit de l'assuré à des prestations d'assurance pour les troubles à son genou droit, survenus en juin 2014 et annoncés en septembre 2014, au titre de rechute de l'événement du 21 novembre 2008. Après examen sommaire du dossier, l'intimée observe que le recourant discute, à l'appui de son écriture, de questions d'ordre essentiellement médical, comparant en particulier les prises de position du médecin traitant et du médecin d'arrondissement. Les médecins respectifs, pour fournir leurs appréciations, se sont basés sur un dossier iconographique complet composé de plusieurs clichés IRM et radiographiques. L'intimée ne disposant plus en l'état des clichés en question pour se prononcer de façon circonstanciée sur les griefs de l'assuré, elle sollicite la production par ce dernier du dossier médical impliquant son genou droit, soit en particulier de l'ensemble des clichés réalisés. L'intimée réserve en conséquence ses conclusions au fond.
29. Sur invitation de la chambre de céans, le recourant a adressé, le 21 janvier 2016, à la CNA l'original de son dossier médical comprenant quatre cédéroms.
30. Le médecin d'arrondissement de l'intimée s'est prononcé complémentaiement le 11 février 2016, concernant la nature des lésions méniscales du genou droit du recourant. Il rappelle que l'assuré a été examiné par ses soins le 13 octobre 2014. Les 1^{er} et 16 octobre 2015, il avait formulé des appréciations complémentaires sur la nature des lésions mises en évidence sur les différentes IRM réalisées. Selon la Méta-analyse réalisée par la Haute Autorité de Santé Française dans son rapport de juin 2008, les causes des lésions méniscales sont multiples, elles peuvent être :
- traumatiques, répondant à un traumatisme identifié ou - dégénératives liées alors au vieillissement tissulaire et en relation avec l'altération cartilagineuse, c'est-à-dire l'arthrose. En conclusion cette revue de la littérature internationale note qu'en cas d'arthrose et de douleurs associées, la prévalence des lésions méniscales est de 91 %. Dans le cas présent une radiographie et une échographie, réalisées le 1^{er} décembre 2008, à la demande de son médecin traitant, le Dr C_____, mettent déjà en évidence une arthrose du compartiment interne du genou avec pincement articulaire. À l'issue de ce bilan il n'y a pas eu nécessité de consultation spécialisée ni d'autres investigations. Le 15 novembre 2010, dans son rapport, le Dr C_____ mentionne que l'assuré aurait été victime d'une agression en 2010 (recte : le 19 novembre 2008) qui n'avait entraîné que des égratignures au genou droit. Le rapport du Dr D_____ du 15 novembre 2010, consulté suite à une chute dans les escaliers, conclut à une bursite pré-patellaire, post-traumatique selon l'anamnèse, au niveau du genou droit. Ce confrère mentionne bien l'absence de lésion méniscale et de lésion ligamentaire. Cet événement n'a d'ailleurs pas nécessité de suivi ultérieur. Il n'a pas été jugé utile de réaliser d'examen radiologique ou IRM

complémentaire. Une IRM complémentaire ne sera finalement réalisée que le 9 janvier 2012 à la demande du Dr D_____ : cet examen met en évidence une arthrose évoluée, globale, au niveau du compartiment fémoro-tibial interne et de la rotule, confirmant l'état déjà noté sur la radiographie de 2008. On retient que l'événement traumatique survenu en 2008 n'avait pas nécessité d'examen IRM à titre d'investigations complémentaires compte tenu de la symptomatologie clinique localisée au niveau de la bourse pré-rotulienne. Il s'agit là d'une lésion sous-cutanée, extra-articulaire, contrairement à une lésion méniscale, intra-articulaire. Cet examen ne sera donc réalisé que trois ans plus tard. À la lumière de la Méta-analyse rapportée plus haut, confirmant la présence usuelle de lésions méniscales survenant dans l'arthrose, on note dans ce cas que la lésion méniscale est bien située dans le compartiment interne du genou, siège électif des lésions arthrosiques évoluées mises en évidence dès la radiographie de 2008 ; elle est donc préexistante à l'événement du 21 novembre 2008. Cette lésion méniscale est donc de nature exclusivement malade.

31. Le 22 février 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, et plus particulièrement au déboutement du recourant de toutes ses conclusions, y compris celles relatives à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le médecin d'arrondissement, dans son appréciation du 13 octobre 2014, complétée utilement les 2 (recte : 1^{er}) et 16 octobre 2015, ainsi que le 16 février 2016, a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il convient d'exclure au degré de vraisemblance requis l'existence d'une relation de causalité entre l'accident assuré et les troubles annoncés en 2014 au titre de rechute de cet accident. Il s'est fondé sur des examens complets, a pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Ses conclusions ont donc été établies en pleine connaissance de l'anamnèse et sont dûment motivées. Aussi n'existe-t-il aucun élément permettant de remettre en cause leur valeur probante. Il est vrai qu'aux termes de sa prise de position du 8 décembre 2014, le Dr D_____ explique que l'événement du 21 novembre 2008 a certainement provoqué chez son patient une lésion du ménisque et se situe par conséquent à l'origine de l'état somatique actuel de ce dernier. Pour parvenir à cette conclusion, ce médecin s'est toutefois fondé essentiellement sur le fait que l'intimée avait, en 2012, pris en charge une intervention chirurgicale impliquant le ménisque droit de l'assuré. Cet aspect n'apparaît toutefois pas déterminant dès lors qu'il ressort précisément de l'avis du médecin-conseil de l'intimée que l'accident assuré est venu uniquement décompenser une atteinte pathologique préexistante et a depuis lors cessé de déployer ses effets délétères. Quoi qu'il en soit le Dr D_____ peine à convaincre dans la mesure où il se borne à affirmer que la lésion méniscale documentée par les IRM des 9 janvier 2012 et 10 septembre 2014 est liée à l'accident, sans examiner plus avant son éventuelle nature malade. Il y a d'autant moins de raison de se fier aux conclusions du médecin traitant de l'assuré qu'il n'a jamais, avant l'annonce de la rechute litigieuse, évoqué la nature traumatique de la lésion méniscale observée chez son patient. Dans ces conditions l'avis du médecin

traitant n'apparaît pas de nature à jeter le doute sur l'avis cohérent du médecin d'arrondissement.

32. Sur quoi la chambre de céans a convoqué les parties en comparution personnelle et a procédé à l'audition du Dr D _____ le 30 mai 2016. En annexe à sa convocation, la chambre de céans a relevé que le recourant ayant, parallèlement à la présente procédure, recouru contre une décision de l'OAI (cause no A/111/2016), les deux procédures nécessitant l'audition du Dr D _____, les deux causes étaient convoquées le même jour à la même heure.
33. L'intimée a informé la chambre de céans qu'elle ne pourrait se présenter à l'audience, par un fax arrivé environ 1h30 avant l'heure de celle-ci. Sans excuse valable de l'intimée, il a été procédé en son absence. La chambre de céans a précisé aux parties que les causes seraient instruites parallèlement, sans jonction formelle.

Le Dr D _____ a déclaré, s'agissant de la problématique du genou droit, objet du recours LAA, qu'il confirmait avoir établi le rapport du 15 novembre 2010 (manuscrit sur le courrier du 2 novembre 2010 de la CNA):

«Vous me demandez sur quelle base j'ai indiqué que la bursite pré-patellaire était probablement d'origine post-traumatique. A vrai dire, je ne suis pas à 100 % sûr de cette origine, mais a priori, ce patient n'est pas carreleur et ne travaille donc pas sur les genoux, et en pratique je n'avais, à l'examen clinique, pas détecté de lésion ligamentaire – le genou était stable, et je n'ai pas non plus constaté de lésion méniscale. En somme, je n'excluais toutefois pas l'origine traumatique, dans la mesure où mon patient m'avait indiqué qu'il avait fait une chute dans l'escalier et qu'il sentait son genou sensible depuis 2008. A la question 5, j'ai indiqué qu'il n'y avait pas de traitement particulier ("*wait and see*") en précisant que si cela l'embêtait vraiment, on peut alors proposer une excision de cette bourse. L'état actuel était sans particularité. A la question 7, je répète ce que j'ai mentionné comme proposition à la question 5. Dans mon rapport médical intermédiaire du 27 janvier 2011, je confirme le diagnostic précédent en observant que ce genou est calme. A titre de thérapie, je mentionne les AINS et les FTG (Flectoparin Tissugel – il s'agit de patches anti-inflammatoires). Ce rapport est fondé sur la seule consultation que j'ai eue avec ce patient pour ce problème du genou droit, en octobre 2010. Je ne l'avais pas revu depuis. Mon rapport du 14 novembre 2011 sur le courrier du 9 novembre de la CNA a été établi dans les mêmes circonstances, soit sans que j'aie revu le patient depuis le mois d'octobre 2010. Je répète en somme ce que je disais dans mes précédents rapports. Ensuite, le patient est revenu me voir le 6 janvier 2012 et c'est là que j'ai fait procéder à une IRM du genou. En effet, mon patient m'indiquait qu'il avait toujours mal au genou droit, que cela n'allait pas, et c'est la raison pour laquelle j'ai décidé de faire procéder à une IRM qui a eu lieu le 9 janvier 2012. Vous me soumettez, à des fins de comparaison, le rapport d'IRM du genou droit du 9 janvier 2012, celle du 13 septembre 1993, ainsi que le rapport d'échographie et de radio du genou droit du 1^{er} décembre 2008. Si l'on prend le document de 1993, on parle dans la conclusion du ménisque externe et non pas du

ménisque interne, avec signes de dégénérescence du ménisque externe et on parle de signal d'usure minime (stade 1 sur 4) de la face interne de la rotule. Si je compare ce rapport d'IRM de 1993 à celui du 9 janvier 2012, on décrit en 2012 une arthrose marquée du compartiment interne, et non pas du compartiment externe, associée à une amputation / lésion du ménisque interne, et d'une arthrose fémoro-patellaire externe, comme en 1993. Il s'agit en effet d'une progression de la lésion qui débutait en 1993, au niveau de la rotule. S'agissant de la question de savoir si des signes de dégénérescence apparaissant dans une partie du genou, comme ici en 1993, vont engendrer une progression logique de l'usure dans l'ensemble des compartiments du genou, je vous réponds que ce n'est pas nécessairement le cas. En effet, cela dépend de nombreux facteurs : pour celui qui fait beaucoup de balades en montagne, ou, comme mon patient, monte et descend beaucoup les escaliers professionnellement, le risque d'une progression plus rapide de l'usure est d'autant plus important. Si, comme mon patient, ses jambes sont un peu arquées, cela constituera une prédisposition pour une usure précoce ou prématurée du compartiment interne. Un autre exemple est celui que l'on rencontre souvent chez les femmes, dont la rotule n'est pas alignée au centre du genou, et qui développeront une arthrose fémoro-patellaire uniquement, sans dégénérescence des autres compartiments. A l'âge d'une quarantaine d'années déjà, on pourra alors envisager une prothèse uniquement fémoro-patellaire. La « discrète infiltration de la graisse pré-patellaire » sur l'IRM de 2012 rejoint le diagnostic clinique de bursite en 2010. S'agissant de la comparaison avec l'échographie de 2008, le radiologue décrit à l'époque un début d'arthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire. On peut dire, en relation avec la situation constatée en 1993, qu'en 2008, on a constaté une progression des lésions dégénérantes du compartiment interne, que l'on ne décrivait pas en 1993. J'en déduis que l'usure était déjà présente lors de l'accident de 2008. S'agissant de mon rapport, daté du 7 (*recte*: 16) janvier "2011" sur la lettre du 13 janvier 2012 de la CNA, il s'agit manifestement d'une erreur de ma part en ce qui concerne l'année. En ce qui concerne la réponse à la question 2, dans la mesure où je constate préalablement que les douleurs persistent et qu'apparaissent des phénomènes de lâchage et de blocage du genou droit, l'évolution était dès lors moyenne à mauvaise. Lorsque je dis « actuellement handicap. », je traduis les plaintes de mon patient qui se sent gêné de plus en plus dans son activité professionnelle en raison de ses douleurs. Sous 3, je résume le résultat de l'IRM, la deuxième ligne faisant référence à une lésion méniscale interne. C'est alors que j'ai proposé une arthroscopie opératoire avec méniscectomie partielle interne du genou droit. Sous « remarque », je renvoie au rapport d'IRM. En résumé, et en ayant mon rapport opératoire sous les yeux, j'ai évidemment retrouvé les éléments qui apparaissent déjà dans les examens précédents, en précisant que, sauf erreur, jusqu'ici, tout le monde s'accordait à déjà remarquer une arthrose, mais personne n'avait parlé de ménisque. Je décris également une usure plus sévère au niveau de la rotule que sur le compartiment interne. Je décris ensuite ce que j'ai fait. Dans mon rapport d'août 2012, l'évolution

est bonne et le traitement est terminé. En décembre 2012, je confirme la situation décrite au mois d'août. Lorsque, dans mon rapport de décembre, je mentionne qu'il faut s'attendre à un dommage à terme sous forme d'arthrose du compartiment interne, je fais référence à tout le contexte dont il s'agit ici : nous avons une arthrose débutante ou engagée, nous avons procédé à une méniscectomie, ainsi qu'à un shaving, tout ceci prédisposant à une arthrose plus importante par la suite, d'autant que nous sommes en présence d'un varus (jambes en « Lucky Luke »). On en arrive à 2014. Il faut dire préalablement que même après l'intervention de 2012, le genou n'était pas « remis à neuf », le patient se plaignait encore de douleurs dans son genou, mais néanmoins, de mon côté, je poussais pour qu'il reprenne le travail, ce qu'il a fait assez vite après l'opération. Dans mon rapport du 19 septembre 2014, je mentionne, par rapport à une consultation du 13 juin : « douleurs aiguës, aspect extérieur du genou droit ». Le genou n'était pas enflé. Sous « constatations objectives », je mentionne de voir le rapport IRM du 10 septembre 2014. J'étais en effet étonné par les plaintes du patient de douleurs aiguës, et je me suis demandé si c'était de nouveau un ménisque. Le rapport d'IRM du 10 septembre 2014 démontre toujours une arthrose fémoro-patellaire, la présence de la lésion du ménisque interne, ainsi qu'une nouvelle lésion et une progression de l'usure du compartiment interne. S'agissant de cette nouvelle lésion méniscale, elle n'est pas due à un choc traumatique, mais à une progression de la maladie. Je voulais encore préciser que dans le cas particulier, il est évident que mon patient a une prédisposition à l'usure dégénérative. En 2008, un événement, dont on ne sait s'il a engendré une lésion méniscale qui ne serait devenue manifeste qu'en 2010 et diagnostiquée en 2012 seulement, ne permet pas d'être catégorique quant à ce qui s'est passé. En 2010, lorsque je l'ai vu, il ne se plaignait pas du ménisque, mais plutôt de la bursite, ce qui ne peut donner de certitude, dans un sens ou dans l'autre, et c'est toute la problématique de ce dossier. En fin de compte, je dois admettre que même si la CNA a couvert, après coup, les frais médicaux engendrés par les douleurs dont se plaignait mon patient, cela signifiait prendre en charge les conséquences de la lésion du ménisque, mais il est vrai que sur un terrain prédisposé comme celui-ci, on ne peut pas tout mettre sur le compte de l'accident. Il est vrai que le processus normal doit être pris en compte, mais il est vrai également que s'il n'y avait pas eu l'événement de 2008, qui a manifestement précipité le processus, le patient aurait pu ne rien ressentir de particulier pendant encore dix ans. S'agissant de mon courrier du 8 décembre 2014 à Me PALLANTE, j'ai précisé au chiffre 3 page 2 que la lésion méniscale interne n'avait « bien sûr » pas été mise en évidence par la radiographie initiale, car ce type d'examen ne permet pas de faire un diagnostic par rapport aux tissus mous, mais seulement par rapport aux autres (*recte: os*). En revanche, ce n'est pas la même chose par rapport à l'échographie. En effet, un échographeur averti peut détecter une lésion méniscale. Toutefois, dans le cas particulier, l'échographie dont vous m'avez soumis le rapport précédemment ne mentionnait pas le ménisque. S'agissant du rapport d'échographie du 1^{er} décembre

2008, au vu de l'indication à cet examen, il est possible que l'examineur ne soit pas allé rechercher le ménisque lors de l'échographie. »

Le recourant a déclaré : « Vous m'interpellez au sujet de la date et des circonstances de l'accident de novembre 2008. Vous me faites observer que la déclaration d'accident par mon employeur, le 27 décembre 2008, mentionne comme date de l'accident le 21 novembre 2008 à 10h30, dans la montée d'escalier de l'immeuble où j'étais concierge à Chêne-Bourg, à l'époque. Il est mentionné que j'avais glissé dans les escaliers pendant mon travail de conciergerie. En revanche, selon la pièce 7 du dossier de la CNA, dans le rapport initial d'accident, qui avait été sollicité de mon médecin traitant de l'époque, le Dr C_____ (...) mentionne comme date de l'accident le 19.11.2008, et comme indication du patient sur le déroulement de l'accident, il mentionne « le patient indique avoir été agressé par trois personnes le soir du 19.11.2008 ». Que s'est-il véritablement passé et quand en novembre 2008 ? Je vous réponds que je ne comprends pas pourquoi mon médecin a écrit une chose pareille. Je confirme que c'était un jour, le matin, que j'ai glissé dans les escaliers alors que je faisais du décapage. Il est vrai aussi que, un autre jour, mais je ne me souviens pas quand, j'ai été agressé par trois jeunes gens qui traînaient dans les sous-sols de l'immeuble. Je n'étais d'ailleurs pas tombé, l'un d'eux m'avait juste donné un coup qui a fait tomber mes lunettes. Je n'ai jamais déclaré un accident pour ces faits. En revanche, j'avais fait appel à la police pour tenter de retrouver mes agresseurs, et les faire interpeller. Je me souviens que dans les jours qui suivirent, j'appelais toujours la police lorsque je les voyais, car ils venaient me narguer. Je me souviens avoir été convoqué pour reconnaître un de mes agresseurs. Encore une fois, cela n'avait rien à voir avec les circonstances de l'accident dans les escaliers le 21 novembre 2008. Je vous confirme que depuis le 15 septembre 2014, je ne travaille plus. Je n'ai pas seulement des problèmes de genoux, même si ce sont les plus importants, mais j'ai aussi des problèmes d'épaule. Pour l'instant, je suis toujours au bénéfice d'indemnités journalières qui me sont versées par HELSANA. »

Sur quoi la suite de la procédure a été réservée.

34. La chambre de céans a adressé copie des procès-verbaux d'audience à l'intimé et lui a imparti un délai pour faire part de ses remarques éventuelles et joindre toutes pièces utiles.
35. L'intimée s'est déterminée par courrier du 17 juin 2016. Elle persiste dans ses conclusions. Lors de son audition, le Dr D_____ a réitéré que les troubles annoncés par l'assuré en 2014 trouvaient leur origine dans une arthrose fémoro-patellaire, dans deux lésions méniscales, ainsi que dans l'usure du compartiment interne. Dans ce contexte, il a expliqué que l'usure et la lésion arthrosique étaient déjà présentes à la survenance de l'accident assuré et s'étaient depuis lors aggravées. A aucun moment il n'a toutefois rapporté ces lésions à l'accident assuré, ni n'a retenu que celui-ci a entraîné leur aggravation (l'intimé citant des déclarations du témoin page 3 de sa déclaration). En cela, le médecin traitant de l'assuré rejoint les

conclusions du Dr E_____ qui exclut, dans ses différents rapports, le caractère accidentel des lésions dégénératives diffuses constatées, soit des lésions d'arthrose avec ulcérations cartilagineuses. Partant de là, on ne voit pas que la prise en charge de ces atteintes incombe à l'intimé. S'agissant pour le surplus des deux lésions méniscales documentées, le Dr D_____ a uniquement évoqué la nature traumatique de celle impliquant le ménisque interne. À ce propos toutefois, il a fait preuve de grande retenue, tenant pour évident que son patient a une prédisposition à l'usure dégénérative. Il a surtout expliqué ne pas pouvoir être catégorique dans la mesure où on ne sait si l'événement de 2008 « *a engendré une lésion méniscale qui ne serait devenue manifeste qu'en 2010 et diagnostiquée en 2012 seulement* », étant entendu que son patient ne se plaignait pas du ménisque lors des consultations de 2010 (page 4). Cela étant, nuancant sa prise de position du 8 décembre 2014, le Dr D_____ évoque ici la seule possibilité d'un rapport de causalité entre cette atteinte et l'accident. Relevant de l'hypothèse, un tel constat ne saurait toutefois suffire ni à fonder la responsabilité de l'intimée, ni à remettre en cause les rapports de son médecin-conseil. Cette conclusion s'impose d'autant plus que selon la jurisprudence, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères.

36. Le 20 juin 2016, la chambre de céans a communiqué les écritures de l'intimée au recourant, les parties étant informées que la cause serait gardée à juger au 12 juillet 2016.
37. Le recourant ne s'est pas manifesté.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée suite à l'annonce de rechute en date du 2 septembre 2014, plus particulièrement sur le point de savoir si les troubles que le recourant présente depuis juin 2014 constituent une rechute de l'accident subi en 2008.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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. De jurisprudence constante, la notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1).

Le droit au versement de prestations de l'assurance-accident suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

Sont des causes naturelles toutes les circonstances sous lesquelles le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière ou en même temps. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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 de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177, consid. 3.1).

En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuve, la décision est défavorable à la partie qui entendait déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319, consid. 5a).

Il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge et non au médecin de trancher la question juridique de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, la condition indispensable de l'existence d'un lien de causalité adéquate est remplie. Selon la jurisprudence, il y a rapport de causalité 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)

L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335, consid. 4c).

6. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (cf. art. 11 1^{ère} phrase de l'ordonnance sur l'assurance-accidents [OLAA ; RS 832.202]).

Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2009 du 5 octobre 2010 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêts du Tribunal fédéral 8C_562/2010 du 3 août 2011, consid. 5.2 et 8C_149/2010 du 30 novembre 2010 consid. 3; RAMA 1997 no U 275 p.191 consid. 1c). En cas de rechute ou de séquelles tardives, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 192/06 du 10 avril 2007 consid. 3.3).

7. 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 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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. cc).

9. En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir confirmé, sur opposition, la décision du 16 janvier 2015, par laquelle elle a refusé de reprendre le service des prestations d'assurance au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans accident doit être considéré comme atteint le 19 février 2012, respectivement le 18 mars 2012. Il fait valoir que pour parvenir à cette conclusion, l'intimée ne s'est fondée que sur l'avis de son médecin d'arrondissement, sans avoir effectué un complément d'instruction, à savoir notamment la mise en œuvre d'une expertise. Il considère qu'en raison des divergences d'opinion entre le médecin de l'intimé et le médecin traitant, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise ; selon lui, l'avis d'un expert neutre aurait été adéquat, de sorte qu'à défaut, l'instruction serait lacunaire.

Il convient dès lors d'examiner si, au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, l'avis du Dr E_____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

- a. Le médecin d'arrondissement de l'intimée a tout d'abord procédé à l'examen de l'assuré, en date du 13 octobre 2014, suite à l'annonce de rechute du 2 septembre 2014. La chambre de céans constate que l'examen médical se fonde sur une étude attentive du dossier, depuis la survenance et l'annonce de l'accident survenu à fin 2008, l'évolution de l'état de santé telle que constatée et décrite par les divers rapports médicaux du médecin traitant, jusqu'au rapport du 11 novembre 2012 de ce dernier, confirmant la reprise de l'activité professionnelle à 100 % depuis le 19 septembre (recte : mars) 2012, rapport relevant notamment le risque de persistance d'arthrose du compartiment interne du genou droit, ainsi que les nouveaux éléments rapportés dans le cadre de la rechute de 2014, depuis l'annonce d'apparition de nouveaux symptômes en juin 2014, et la réalisation d'une IRM du genou droit le 10 septembre 2014, cet examen ayant notamment montré une gonarthrose fémoro-patellaire avec rupture horizontale de la corne postérieure du ménisque médian et la présence de lésions cartilagineuses profondes condyliennes de grade 3, ainsi que l'absence de lésions cartilagineuses sur le compartiment fémoro-tibial latéral, le ménisque étant intact à ce niveau ; cet examen confirmant également la présence de multiples altérations cartilagineuses profondes sur la trochlée et sur la crête patellaire. Mais le médecin-conseil a également pris en compte les éléments ressortant des précédents accidents pris en charge par la CNA

qui concernaient plus spécialement le genou gauche, et qui relevaient déjà la présence de gonarthrose. Le médecin d'arrondissement a en outre relevé et pris en compte les déclarations et/ou plaintes de l'assuré, avant de procéder à l'examen du patient, tant de son genou droit que de son genou gauche. Il a relevé, dans la discussion du cas, que le bilan radiologique initial, dans les jours qui ont suivi l'accident de novembre 2008, avait mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire avec l'accroissement de l'interligne fémoro-tibial interne et des remaniements ostéophytaires des pôles supérieur et inférieur de la rotule avec ostéophytose sur le versant rotulien ; qu'un bilan complémentaire par IRM, réalisée trois ans plus tard, avait confirmé cette arthrose fémoro-tibiale interne, marquée, avec une amputation du bord libre du ménisque interne et une arthrose fémoro-patellaire externe marquée. Il relève que l'assuré avait bénéficié ainsi le 9 février 2012 d'une arthroscopie lors de laquelle il a été constaté des lésions cartilagineuses très importantes. Une régularisation méniscale avait été réalisée. Enfin, l'examen IRM du 10 septembre 2014, dans le cadre de la rechute annoncée en 2014, avait confirmé l'existence de la gonarthrose avec des lésions cartilagineuses profondes diffuses et une rupture horizontale de la corne postérieure du ménisque médial. Au vu de ces constatations, le médecin conseil de l'intimée avait alors conclu que l'événement du 21 novembre 2008 avait déstabilisé de façon passagère l'état antérieur de ce droit, un statu quo sine et étant fixé le 19 février 2012 (en réalité, et comme relevé dans son rapport complémentaire du 1^{er} octobre 2015, au 18 mars 2012). Il en concluait que la rechute annoncée en 2014 est donc en relation de causalité au mieux possible avec l'événement initial.

Dans son rapport complémentaire du 16 octobre 2015, le Dr E_____ a confirmé que l'examen IRM du 10 septembre 2014 mettait en évidence des lésions de type dégénératif marquées avec des ulcérations cartilagineuses de grade 3 et une rupture horizontale de la corne postérieure du ménisque médial. Il a précisé qu'il s'agissait là d'une lésion méniscale de type dégénératif et non pas une pathologie post-traumatique, l'ensemble d'ailleurs rentrant dans un tableau d'ulcérations cartilagineuses s'étendant également au compartiment fémoro-patellaire. Il a également relevé des lésions arthrosiques avec des ostéophytes sur les condyles interne et externe. Il a confirmé son interprétation initiale des conséquences de l'événement de novembre 2008, soit la déstabilisation passagère de l'état antérieur du genou droit. Il persiste enfin dans ses conclusions, aux termes desquelles les lésions dégénératives diffuses sur ce genou et le type de lésion méniscale évoquent une rupture suite à des phénomènes dégénératifs arthrosiques et permettent de conclure que la rechute annoncée en 2014 est en relation de causalité « au mieux possible » avec l'événement initial.

b. Le recourant conteste les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée, au motif qu'il ne se plaignait pas de fortes douleurs à son genou droit avant l'accident de 2008. Selon lui, le Dr D_____ considérerait comme clairement établi que les troubles dont il souffre à son genou droit seraient toujours liés à l'accident

survenu en 2008, concernant la lésion méniscale, avec une probabilité de plus de 50 %. Le recourant se prévaut encore du fait qu'en 2012, l'intimé avait déjà accepté la prise en charge, notamment pour une intervention chirurgicale, pour la même problématique. Il allègue enfin que son état de santé, à savoir la rechute, était prévisible, son médecin traitant ayant signalé à l'époque (dans son rapport du 11 novembre 2012) qu'un risque de dommages à son genou droit allait demeurer.

En tant que la contestation des conclusions du médecin d'arrondissement par le recourant repose sur le fait qu'il ne se plaignait pas de fortes douleurs à son genou droit avant l'accident de 2008, il ne convainc pas : en effet, selon la jurisprudence on ne saurait retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle du seul fait de l'absence de plaintes avant l'accident s'agissant d'un raisonnement " *post hoc ergo propter hoc* " qui ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.).

S'agissant de l'avis du Dr D_____, que le recourant oppose à celui du Dr E_____ pour soutenir que la rechute entre en lien de causalité naturelle avec l'accident de 2008 : certes, le médecin traitant répondant à une demande du conseil du recourant, le 8 décembre 2014, a répondu à la question de savoir si l'état somatique actuel du patient était une conséquence de l'accident du 21 novembre 2008, que le lien de causalité était de plus de 50 %, « car effectivement l'accident de 2008 a certainement provoqué une lésion du ménisque interne, raison pour laquelle des douleurs persistaient par intermittence au niveau de l'interligne articulaire interne de ce genou droit. Cette lésion méniscale interne bien sûr n'a pas été mise en évidence par la radiographie initiale mais a seulement été détectée lors de l'IRM de 2012 ». Or, non seulement ce pourcentage apparaît clairement insuffisant pour répondre aux exigences de la jurisprudence, qui, au vu de ce qui a été rappelé précédemment, sont d'autant plus élevées que le temps qui s'est écoulé entre l'accident et la rechute alléguée est important, ce qui est le cas en l'espèce, mais ils s'apparente plus à une hypothèse relevant du « possible » qu'à une probabilité confinante à la vraisemblance prépondérante. Il relevait du reste que la lésion méniscale n'avait pas été détectée en 2008, mais seulement en 2012. Il convient également d'avoir l'esprit que déjà à l'époque, le médecin relativisait l'origine traumatique de l'état du genou en 2014, en admettant que d'autres facteurs entraient clairement en ligne de compte, ceux-ci n'étant pas liés à l'accident, étant d'origine dégénérative et relevant quant à eux de la maladie ; le Dr D_____ rappelait que l'on peut aussi imaginer que, au vu du genou « varum bilatéral », une arthrose progressive de ce compartiment interne s'est installée, sans qu'elle soit nécessairement liée à l'accident de 2008. Certes, en 2012, après l'intervention arthroscopique, qui avait résolu le problème et permis au recourant de recouvrer sa pleine capacité de travail, en ce qui concerne le genou droit, le médecin traitant avait signalé dans son rapport de novembre 2012, qu'un risque persistait à l'avenir en termes de dommages au genou droit, mais cette réserve, contrairement à ce que soutient le recourant, ne permet pas de tirer la moindre conclusion, en termes de

causalité, par rapport à la réapparition de douleurs et de la lésion méniscale constatée en 2014 : en effet, l'arthrose étant par nature évolutive, malgré l'intervention couronnée de succès en 2012, l'évolution de la maladie ne tarderait pas à se manifester un jour ou l'autre, comme ce fut le cas en 2014. Au reste, comme l'a souligné l'intimée, le médecin traitant n'a guère argumenté pour soutenir un lien de causalité entre l'accident et les troubles apparus en juin 2014, sinon qu'il s'est étonné de voir que la CNA refusait de prendre en charge ce cas alors que l'accident avait été accepté en 2008, et que l'intervention de 2012 avait été prise en charge. Malgré cela, il nuancait tout de même son point de vue, en reconnaissant qu'il était certain qu'il n'appartenait pas à la CNA de prendre en charge l'arthrose « débutante » du compartiment interne ni du compartiment fémoro-patellaire.

Ainsi, déjà au stade où a été rendue la décision litigieuse, la chambre de céans constate que l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée n'était pas sérieusement remis en cause par le médecin traitant, de sorte qu'à ce stade déjà, la chambre de céans ne retient aucun élément susceptible de douter de la pertinence des conclusions du Dr E_____, qui ne retenait tout au plus que comme « possible » mais non pas comme probable, l'origine de la lésion constatée en 2014, relevant essentiellement que celle-ci était de nature malade et non pas post-traumatique.

Mais il y a plus : dans le cadre de la présente procédure de recours, le médecin-conseil de l'intimée a une nouvelle fois, en date du 11 février 2016, pris position concernant la nature des lésions méniscales du genou droit du recourant. Se référant à l'étude de la Haute Autorité de Santé Française dans son rapport de juin 2008, les causes des lésions méniscales sont multiples, traumatiques, ou dégénératives liées alors au vieillissement tissulaire et en relation avec l'altération cartilagineuse, c'est-à-dire l'arthrose, relevant que cette revue de la littérature internationale note qu'en cas d'arthrose et de douleurs associées, la prévalence des lésions méniscales est de 91 %. Dans le cas présent une radiographie et une échographie, réalisées le 1^{er} décembre 2008, à la demande du médecin traitant du recourant, à l'époque, le Dr C_____, mettaient déjà en évidence une arthrose du compartiment interne du genou avec pincement articulaire. À l'issue de ce bilan il n'y avait pas eu nécessité de consultation spécialisée ni d'autres investigations. Le 15 novembre 2010, dans son rapport, le Dr C_____ mentionnait que l'assuré aurait été victime d'une agression en 2010 (recte : le 19 novembre 2008) qui n'avait entraîné que des égratignures au genou droit. Le rapport du Dr D_____ du 15 novembre 2010, consulté suite à une chute dans les escaliers concluait à une bursite pré-patellaire, post-traumatique selon l'anamnèse, au niveau du genou droit. Ce médecin mentionnait bien l'absence de lésion méniscale et de lésion ligamentaire. Cet événement n'avait d'ailleurs pas nécessité de suivi ultérieur. Il n'avait pas été jugé utile de réaliser d'examen radiologique ou d'IRM complémentaire. Une IRM complémentaire ne fut finalement réalisée que le 9 janvier 2012 à la demande du Dr D_____ : cet examen mettait en évidence une arthrose évoluée, globale, au

niveau du compartiment fémoro-tibial interne et de la rotule, confirmant l'état déjà noté sur la radiographie de 2008. L'événement traumatique survenu en 2008 n'avait pas nécessité d'examen IRM à titre d'investigations complémentaires compte tenu de la symptomatologie clinique localisée au niveau de la bourse pré-rotulienne. Il s'agit là d'une lésion sous-cutanée, extra-articulaire, contrairement à une lésion méniscale, intra-articulaire. Cet examen n'a donc été réalisé que trois ans plus tard. À la lumière de la doctrine médicale citée, confirmant la présence usuelle de lésions méniscales survenant dans l'arthrose, dans ce cas la lésion méniscale est bien située dans le compartiment interne du genou, siège électif des lésions arthrosiques évoluées mises en évidence dès la radio de 2008 ; elle est donc préexistante à l'événement du 21 novembre 2008. Cette lésion méniscale est donc, de nature exclusivement malade.

Lors de son audition le Dr D_____ a encore apporté des précisions et nuances par rapport aux divers avis médicaux qu'il avait émis, la chambre de céans ayant passé en revue avec lui l'ensemble des documents médicaux dont il était l'auteur. Parmi ses déclarations, dont le détail est rapporté ci-dessus au ch. 33 en fait, il a notamment exposé : s'agissant de son rapport du 15 novembre 2010, répondant à la question de savoir sur quelle base il avait indiqué que la bursite pré-patellaire était probablement d'origine post-traumatique, il a répondu qu'à vrai dire, il n'était pas à 100 % sûr de cette origine, mais a priori, ce patient n'étant pas carreleur et ne travaillant donc pas sur les genoux, et qu'en pratique, à l'examen clinique il n'avait détecté ni lésion ligamentaire ni constaté de lésion méniscale, le genou étant stable, en somme, il n'excluait toutefois pas l'origine traumatique, dans la mesure où son patient lui avait indiqué qu'il avait fait une chute dans l'escalier et qu'il sentait son genou sensible depuis 2008. Il a confirmé qu'à l'époque il n'avait pas envisagé de traitement particulier, mais simplement précisé que si cela « embêtait vraiment » le patient, il pourrait alors proposer une excision de cette bourse. Dans son rapport médical intermédiaire du 27 janvier 2011, il confirmait le diagnostic précédent en observant que ce genou était calme. A titre de thérapie, il mentionnait les AINS et les FTG (Flectoparin Tissugel – il s'agit de patches anti-inflammatoires). Ce rapport était fondé sur la seule consultation qu'il avait eue avec ce patient pour ce problème du genou droit, en octobre 2010. Il ne l'avait pas revu depuis. Son rapport du 14 novembre 2011 sur le courrier du 9 novembre de la CNA avait été établi dans les mêmes circonstances, soit sans qu'il ait revu le patient depuis le mois d'octobre 2010. Amené à comparer les documents iconographiques de 1993, 2008 et 2012, il a confirmé la préexistence de lésions dégénératives dès 1993, soit avant l'accident de 2008, décrivant une progression de la maladie au fil des années : « La « discrète infiltration de la graisse pré-patellaire » sur l'IRM de 2012 rejoint le diagnostic clinique de bursite en 2010. S'agissant de la comparaison avec l'échographie de 2008, le radiologue décrit à l'époque un début d'arthrose du compartiment interne et fémoro-patellaire. On peut dire, en relation avec la situation constatée en 1993, qu'en 2008, on a constaté une progression des lésions dégénératives du compartiment interne, que l'on ne décrivait pas en 1993. J'en déduis que l'usure

était déjà présente lors de l'accident de 2008. » S'agissant de la question de savoir si des signes de dégénérescence apparaissant dans une partie du genou, comme ici en 1993, vont engendrer une progression logique de l'usure dans l'ensemble des compartiments du genou, il a répondu que ce n'était pas nécessairement le cas. En effet, cela dépend de nombreux facteurs : pour celui qui fait beaucoup de balades en montagne, ou, comme son patient, monte et descend beaucoup les escaliers professionnellement, le risque d'une progression plus rapide de l'usure est d'autant plus important. Si, comme son patient, les jambes sont un peu arquées, cela constituera une prédisposition pour une usure précoce ou prématurée du compartiment interne. Au sujet de son rapport de décembre 2012, il a précisé que lorsqu'il mentionne qu'il faut s'attendre à un dommage à terme sous forme d'arthrose du compartiment interne, il faisait référence à tout le contexte dont il s'agit ici : on était en présence d'une arthrose débutante ou engagée; il a été procédé à une méniscectomie, ainsi qu'à un shaving, tout ceci prédisposant à une arthrose plus importante par la suite, d'autant plus en présence d'un varus (jambes en « Lucky Luke »). S'agissant de la situation en 2014, et plus précisément au sujet de son rapport du 19 septembre 2014, il y mentionne, en référence à une consultation du 13 juin 2014, des douleurs aiguës, aspect extérieur du genou droit. Le genou n'était pas enflé. Il était étonné que le patient se plaigne de douleurs aiguës, et il s'était demandé si c'était de nouveau un ménisque. Le rapport d'IRM du 10 septembre 2014 démontre toujours une arthrose fémoro-patellaire, la présence de la lésion du ménisque interne, ainsi qu'une nouvelle lésion et une progression de l'usure du compartiment interne. S'agissant de cette nouvelle lésion méniscale, elle n'est pas due à un choc traumatique, mais à une progression de la maladie. Il a encore souhaité préciser que dans le cas particulier, il est évident que son patient a une prédisposition à l'usure dégénérative. En 2008, un événement, dont on ne sait s'il a engendré une lésion méniscale qui ne serait devenue manifeste qu'en 2010 et diagnostiquée en 2012 seulement, ne permet pas d'être catégorique quant à ce qui s'est passé. En 2010, lorsqu'il a vu le patient, celui-ci ne se plaignait pas du ménisque, mais plutôt de la bursite, ce qui ne peut donner de certitude, dans un sens ou dans l'autre, et c'était toute la problématique de ce dossier. Il a également précisé : « En fin de compte, je dois admettre que même si la CNA a couvert, après coup, les frais médicaux engendrés par les douleurs dont se plaignait mon patient, cela signifiait prendre en charge les conséquences de la lésion du ménisque, mais il est vrai que sur un terrain prédisposé comme celui-ci, on ne peut pas tout mettre sur le compte de l'accident. Il est vrai que le processus normal doit être pris en compte, mais il est vrai également que s'il n'y avait pas eu l'événement de 2008, qui a manifestement précipité le processus, le patient aurait pu ne rien ressentir de particulier pendant encore dix ans ».

Ainsi, au vu de ce qui précède, la chambre des assurances sociales constate qu'à aucun moment le médecin traitant n'a sérieusement critiqué, et encore moins remis en cause de manière motivée les conclusions auxquelles parvient le médecin d'arrondissement, sur lesquelles l'intimée s'est fondée pour refuser la prise en

charge des prestations LAA dans le cadre de l'annonce de la rechute litigieuse alléguée. Le rapport d'examen du Dr E_____, spécialiste reconnu en chirurgie orthopédique, et ses compléments apparaissent ainsi complets, ses conclusions sont convaincantes et aucun élément objectif et probant n'a été apporté par le médecin traitant, susceptible de jeter le moindre doute sur les conclusions du médecin-conseil de l'intimée. Ainsi, pleine valeur probante peut leur être reconnue. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire.

Il en résulte que la " rechute " annoncée en septembre 2014 concernant l'apparition de nouveaux troubles dès juin 2014 n'entre pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident de novembre 2008. Au vu de la jurisprudence citée précédemment il n'y a pas lieu d'examiner le rapport de causalité adéquate (ATF 119 V 335, consid. 4c).

Il résulte ainsi de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir refusé de prendre en charge les prestations litigieuses, de sorte que la décision entreprise doit être confirmée.

10. Manifestement mal fondé, le recours sera rejeté.
11. 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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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