RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/749/2021 **ATAS/38/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 janvier 2022

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT, Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou l'intéressé) est né le _____ 1992. Il est de nationalité kosovare et vit en Suisse depuis le 24 mars 2018. Il n'est au bénéfice d'aucune formation particulière et a travaillé dès le 1er octobre 2018 en tant qu'agent d'entretien pour la société C_____SA. Il s'agissait de son premier emploi en Suisse. Son salaire s'est élevé en dernier lieu à CHF 3'900.- par mois, versé treize fois par année.
Par courrier du 31 mai 2019, l'employeur de l'intéressé a résilié son contrat de travail pour le 30 juin 2019.

b. Le 5 juin 2019, l'intéressé a chuté alors qu'il nettoyait un appartement. La déclaration de sinistre remplie par l'employeur à l'attention de la SUVA indiquait que l'intéressé « était sur l'escalier en train de nettoyer les armoires d'un appartement. Il a glissé des escaliers et est tombé. Dans sa chute, il s'est fait mal aux genoux ». Elle faisait également état d'élongations aux deux genoux.

Une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit du 27 août 2019 a mis en évidence une fissuration de la corne postérieure du ménisque interne, sans fragment luxé. Il n'y avait pas d'atteinte osseuse ni de lésion ligamentaire.

Une IRM du genou gauche du 4 septembre 2019 a montré une légère contusion osseuse du condyle fémoral externe et de la patella, sans fracture nette ainsi qu'une fissuration oblique de la corne postérieure du ménisque interne, sans fragment luxé. Aucune lésion ligamentaire n'était mise en évidence.

Dès la date de l'accident et jusqu'au 20 octobre 2018, l'assuré a été déclaré en incapacité totale de travailler par son médecin traitant, le docteur D_____, qui a posé le diagnostic de gonalgie gauche. Suite au départ à l'étranger du Dr D_____, l'assuré a été suivi, dès le 21 octobre 2019 auprès du Centre médico-chirurgical K_____ par les docteurs E_____, spécialiste en médecine interne, et F_____, chirurgien orthopédiste. Ces derniers ont prolongé l'arrêt de travail de l'intéressé du 21 octobre au 26 novembre 2019, la cause de l'incapacité résidant toujours dans l'accident du 5 juin.

Dans un rapport de consultation du 28 novembre 2019, le docteur G_____, chirurgien du genou et chef de clinique au sein du département de chirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'effet bénéfique d'infiltrations s'étant révélé extrêmement court, une arthroscopie du genou gauche pour résection de la plica et méniscectomie partielle interne semblait nécessaire.

L'intervention s'est déroulée aux HUG le 13 janvier 2020. À teneur du compte-rendu opératoire, l'intervention a consisté en une arthroscopie du genou gauche

avec ménisceptomie partielle interne, suture du ménisque interne, suture du ménisque externe et résection de la plica.

Le 17 mars 2020, le docteur H_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que les lésions du genou gauche devaient bien être considérées comme une conséquence de l'accident. Il a estimé que les séquelles de l'accident ne devaient plus jouer aucun rôle au niveau du tableau clinique environ trois mois après l'opération du 13 janvier 2020.

c. Par décision du 17 avril 2020, la SUVA a interrompu ses prestations d'assurance au 30 avril 2020 (frais de traitement et indemnités journalières), ce sur la base de l'appréciation du Dr H_____.

d. Par courriel du 28 avril 2020, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA du 17 avril 2020. Il a indiqué souffrir davantage de son genou gauche qu'avant l'opération et se demandait si l'intervention n'avait pas échoué. En outre, il a rappelé s'être blessé aux deux genoux suite à l'accident et que le traitement n'était pas terminé. Enfin, il peinait à comprendre que l'on puisse tirer des conclusions sur son état de santé, alors qu'il n'avait pas été examiné depuis deux mois.

e. Suite à une IRM du 29 avril 2020 laissant apparaître ce qui semblait être une petite fissuration radiaire de grade III à la jonction corps-corne postérieure au genou gauche, une nouvelle arthroscopie a été programmée pour le 8 juin 2020. Lors de l'intervention effectuée par le Dr F_____, il a été procédé à l'ablation d'une suture dépassant de la surface supérieure du ménisque et à une synovectomie étendue.

f. Suite à l'intervention du 8 juin 2020, la SUVA a à nouveau soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement en vue d'une nouvelle évaluation.

Par appréciation du 21 juillet 2020, le Dr H_____ a considéré que la nouvelle chirurgie était une conséquence de l'intervention du 13 janvier 2020, de sorte qu'il se justifiait de réévaluer la situation médicale.

g. Le 22 juillet 2020, la SUVA a annulé sa décision du 17 avril 2020 et annoncé prendre en charge les frais médicaux et les indemnités journalières au-delà du 30 avril 2020.

h. Le 26 août 2020, suite aux douleurs persistantes dans son genou droit, l'assuré a été soumis à une nouvelle IRM. Celle-ci a confirmé la suspicion clinique d'une fissuration complexe du ménisque interne, étendue de la corne postérieure au segment intermédiaire avec une composante radiaire. La fissure s'étendait jusqu'au mur postérieur du ménisque avec la présence de kystes et de liquide le long du mur postérieur. Était également mis en évidence un œdème du cul de sac sous-quadricipital.

i. Dans son rapport intermédiaire du 2 septembre 2020 à l'attention de la SUVA, le Dr F_____ a fait état de la problématique révélée par l'IRM du genou droit. Il

a indiqué que le patient était peut-être sujet à des douleurs chroniques, qu'il allait vraisemblablement devoir se faire opérer. Il le voyait tous les quinze à vingt jours et la durée du traitement n'était pas prévisible. Le pronostic était très réservé.

j. Le 21 septembre 2020, l'assuré a été examiné par le Dr H_____. L'entretien s'est déroulé en anglais, vu la faible maîtrise du français par l'intéressé. Le médecin a constaté que l'assuré marchait avec difficulté avec une « boiterie d'épargne » du côté droit. La mobilité du genou gauche était décrite comme plutôt satisfaisante. Le genou droit était moins mobile et occasionnait des douleurs au niveau de l'interligne méniscal interne.

Le Dr H_____ a retenu les diagnostics de status après contusion des deux genoux en juin 2019 avec lésion méniscale interne des deux côtés, status après intervention chirurgicale le 8 juin 2020 pour réintervention et régularisation méniscale interne gauche, lésion méniscale interne droite actuellement symptomatique.

Il a proposé que l'assuré soit envoyé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) après l'intervention chirurgicale sur son genou droit.

Il a également estimé que l'activité habituelle n'était pas exigible afin d'épargner au mieux les genoux. En revanche, une « pré-exigibilité » pouvait déjà être proposée avec une limitation de port de charges de plus de 15 kilogrammes, l'utilisation d'échelles, d'escaliers et les travaux sur des terrains instables étant déconseillés. Une activité à temps complet et à plein rendement pouvait être envisagée à ces conditions.

k. Le 29 septembre 2020, l'assuré a rencontré un « case manager » de la SUVA pour une première évaluation. Il a été convenu d'attendre l'évolution médicale avant d'entamer d'éventuelles mesures d'accompagnement.

l. Le 26 octobre 2020, l'assuré a été opéré d'une déchirure du ménisque interne du genou droit par le Dr F_____. L'intervention a consisté en une arthroscopie du genou avec résection de la corne moyenne et la corne postérieure du ménisque interne.

m. L'intéressé a été hospitalisé du 10 novembre au 8 décembre 2020 à la CRR en vue d'une rééducation, ainsi que d'une évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Il s'est soumis à divers examens et traitements médicaux et a participé à des ateliers professionnels.

Dans une lettre de sortie du 16 décembre 2020, les médecins de la CRR ont relevé une amélioration de la force des quadriceps des deux côtés, sans épanchement ni tuméfaction notable. Certains tests fonctionnels n'ont cependant pas pu être menés à terme, et, de manière générale, l'évolution objective était modeste, principalement du fait des auto-limitations dont le patient avait fait preuve. Aucun nouveau diagnostic et en particulier aucune psychopathologie n'a été retenue pendant le séjour. Il y avait des discordances importantes entre l'ampleur des

douleurs et la perception du handicap, d'une part, et les observations médicales, d'autre part. Le suivi auprès des ateliers professionnels de la CRR avait permis de voir l'assuré travailler sur des périodes de deux heures consécutives dans des tâches sollicitant les membres supérieurs, exigeant un niveau d'effort très léger et uniquement en position assise. Les escaliers étaient effectués prudemment avec l'aide d'une main courante. Les déplacements étaient très lents avec une forte boiterie et un comportement douloureux prononcé. L'assuré n'était pas dans une dynamique de retour au travail et l'évaluation ne traduisait finalement que le niveau d'effort auquel il avait bien voulu consentir. Les facteurs médicaux étaient en principe favorables à un retour dans l'ancienne activité, mais des facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec la reprise.

À la sortie, les médecins de la CRR ont préconisé une reprise à 50% du 11 janvier au 11 février 2021, puis une réévaluation à cette date.

n. Le 8 janvier 2021, le Dr H_____ a indiqué partager les conclusions de la CRR quant à la reprise du travail à 50% dès le 11 janvier 2021, puis à 100% un mois plus tard.

o. Par décision du 11 janvier 2021, la SUVA, se fondant sur l'analyse du Dr H_____, a considéré l'assuré comme pleinement apte à l'emploi dès le 11 février 2021 s'agissant des suites de l'accident. La SUVA acceptait cependant, à titre exceptionnel, de verser des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 50% jusqu'au 28 février 2021, date à laquelle elle interrompait toutes ses prestations.

L'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA par courrier du 18 janvier 2021. Il a souligné que suite aux exercices effectués à la CRR, il avait été confronté à une recrudescence de la douleur au niveau du genou gauche, ainsi qu'à un engourdissement dans le genou gauche. Le 11 janvier 2021, il avait consulté le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci l'avait considéré en incapacité totale de travailler dès le jour même, ce pour une durée indéterminée et lui avait prescrit des séances de physiothérapie, ainsi qu'une IRM.

L'assuré a par ailleurs déclaré avoir trouvé un emploi à 50% dès le 1er février 2021. Il entend essayer de travailler au vu de l'insistance de la SUVA, bien qu'il craigne de ne pas pouvoir l'assumer dans son état.

B. **a.** La SUVA a rendu une décision sur opposition le 27 janvier 2021, confirmant la position. Elle a indiqué qu'au vu des problèmes d'évaluation rencontrés, notamment l'auto-limitation et une cohérence questionnable, il était difficile, selon les médecins de la CRR, de recommander des limitations fonctionnelles précises. En prenant en compte l'ensemble des informations disponibles, il était cependant considéré que l'assuré possédait, au terme du séjour, les capacités fonctionnelles nécessaires à l'exercice de son ancien travail tel que décrit, soit impliquant un effort moyen avec des charges ne dépassant pas 15 à 25 kg. Quand

bien même une incapacité de travail totale était encore retenue par le Dr I_____, la SUVA ne voyait pas de raison de s'écarter de la position de la CRR, également partagée par le médecin d'arrondissement. Les limitations étaient considérées comme contextuelles et non médicales.

C. **a.** Le 1er mars 2021, l'assuré a déposé un recours auprès de la chambre de céans par l'intermédiaire de son conseil. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 27 janvier, au maintien des prestations au-delà du 11 janvier 2021 et à l'instruction, en temps voulu, de son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et à une rente LAA.

En substance, il a relevé, concernant l'accident, qu'il pesait plus de 100 kilos et était tombé de deux mètres de hauteur depuis une échelle double en nettoyant le dessus d'une armoire de cuisine. L'impact s'était fait sur les deux genoux directement au sol. Le traumatisme était ainsi d'une toute autre ampleur que ce qui avait été mentionné par l'employeur lors de la déclaration de sinistre et repris par la suite par l'intimée, soit une « glissade dans les escaliers ». De plus, comme attesté par le certificat du Dr I_____ du 1er mars 2021, il était toujours en incapacité de travail. Il n'avait d'ailleurs pas pu prendre l'emploi à 50% qu'il avait trouvé à partir du 1er février 2021. Enfin, il a rappelé que le rapport de la CRR du 16 décembre 2020 indiquait que la situation médicale et les aptitudes fonctionnelles n'étaient pas stabilisée et ne le seraient pas avant un mois supplémentaire environ. Une réévaluation et un contrôle chez le médecin traitant étaient proposés à un mois environ de la reprise à 50%, soit aux alentours du 11 février 2021. Aucune réévaluation ni aucun examen de ses aptitudes fonctionnelles n'avaient pourtant eu lieu par la suite.

Le 30 mars 2021, le recourant a déposé un certificat du 27 mars 2021 du Dr I_____, à l'appui de son écriture. Le spécialiste en orthopédie y indiquait avoir reçu l'intéressé pour la première fois le 11 janvier 2021 et le considérer en incapacité totale de travailler depuis lors, ce pour une durée indéterminée. Celui-ci s'était plaint de douleurs et d'impotences fonctionnelles bilatérales supérieures à droite. Les plaintes étaient corroborées par le status. Suite à l'examen des IRM antérieures, il avait fait procéder à une nouvelle imagerie des deux genoux le 18 janvier 2021. Ces examens avaient mis en évidence, pour le genou droit, une lésion complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une chondropathie de grade 3 du plateau tibial interne. À gauche était apparue une méniscopathie grade 3 de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie focale grade 3 à la partie antérieure du condyle fémoral interne, sans épanchement intra-auriculaire. Les lésions des deux ménisques étaient persistantes, le cas n'était pas stabilisé et le patient était adressé aux HUG avec proposition de révision chirurgicale. Le médecin concluait son rapport en évoquant « la complexité des lésions depuis l'accident, des ébauches évolutives en arthrose, une atteinte à l'intégrité et une invalidité ».

b. La SUVA a répondu au recours le 5 mai 2021, transmettant à la chambre de céans une appréciation du 26 avril 2021 de la doctoresse J_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatique auprès du centre de compétences de l'intimée.

La Dresse J_____ a considéré que certains éléments médicaux étaient confus et certains choix des médecins étaient difficiles à comprendre. Elle a également retenu une relation de causalité vraisemblable entre les atteintes méniscales des deux genoux et l'évènement du 5 juin 2019.

Elle a trouvé « un peu » surprenant que la CRR retienne une capacité de travail complète de l'intéressé dans son ancienne activité au vu des circonstances. Elle rejoignait plutôt l'avis du médecin d'arrondissement qui, lors de son examen final d'octobre 2020, avait considéré que l'activité ancienne ne serait plus exigible, afin d'épargner au mieux les genoux et éviter l'apparition d'arthrose. Le médecin recommandait ainsi une activité professionnelle adaptée, soit non contraignante pour les genoux, permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant les montées et descentes multiples d'échelles ou d'escaliers, les marches répétées en terrain accidenté, les agenouillements ou accroupissements et le port de charges de plus de 15 kilos répété. Une telle activité était exigible à plein temps et à rendement complet au plus tard dès le 11 janvier 2021, du fait que la guérison d'une atteinte méniscale opérée est en règle générale de huit semaines.

Concernant l'évolution au-delà du 11 janvier 2021, la Dresse J_____ l'a analysée par une comparaison entre les résultats des IRM du 26 août 2020 et 18 janvier 2021. Celle-ci a notamment permis d'objectiver une nette péjoration de l'atteinte cartilagineuse – chondropathie, décrite comme surprenante vu le court intervalle de temps.

Sur la base du rapport de son centre de compétence, l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé depuis fin décembre 2020. Le recours devait donc être partiellement admis, la décision entreprise annulée et la cause lui être renvoyée pour examen du droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2021, ainsi qu'à une IPAI. Pour le surplus, l'intimée a confirmé l'état de fait retenu dans la décision entreprise.

c. Par courrier du 26 mai 2021, le recourant a contesté la détermination de l'intimée, notamment le fait que son traitement médical soit terminé et son état stabilisé. Il a indiqué qu'il allait être examiné par une équipe de spécialistes du genou des HUG le 4 juin 2021 sur recommandation du Dr I_____ dont il a également produit une attestation datée du 24 mai 2021. Ce dernier considérait que la conclusion de la Dresse J_____ était inadaptée et irréaliste. Le cas n'était pas stabilisé et l'intéressé n'avait jamais été en mesure de reprendre un quelconque travail. Une greffe méniscale était envisagée et une décision finale serait prise à cet égard après le rendez-vous du 4 juin 2021 auprès des HUG.

d. Par courrier du 17 juin 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle avait soumis le rapport du Dr I_____ à la Dresse J_____ qui avait maintenu sa

position du 26 avril 2021, rappelant notamment que lors du dernier examen des amplitudes articulaires à la CRR, celles-ci étaient pratiquement normales. Concernant la possible greffe méniscale, elle avait considéré qu'elle n'était pas de nature à améliorer les limitations fonctionnelles du recourant mais uniquement à améliorer la symptomatologie douloureuse ainsi que globalement la qualité de vie. C'est ainsi uniquement au titre de rechute que la prise en charge de la greffe méniscale pouvait être prise en charge par l'intimée si elle venait à être décidée.

En résumé, dans la mesure où l'intervention envisagée n'était pas de nature à augmenter la capacité de travail du recourant, nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée, elle n'était pas de nature à changer la position de l'intimée.

e. Le 26 juin 2021, le recourant a versé à la procédure un rapport du 9 juin 2021 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. À teneur de celui-ci, l'évolution était défavorable avec un syndrome post-méniscectomie subtotale interne bilatérale, avec prédominance au genou gauche. Un long traitement par physiothérapie et un séjour à la CRR n'avaient pas eu d'effets bénéfiques. Au vu des circonstances, une allogreffe méniscale interne du genou gauche était indiquée.

f. Par détermination du 15 juillet 2021, l'intimée a accepté de prendre en charge l'allogreffe et osteotomie correctrice du genou gauche, vu l'évolution défavorable et la confirmation des HUG du 5 juillet 2021 que tous les critères médicaux en faveur d'une telle intervention étaient réalisés. Les conclusions prises dans le mémoire-réponse du 5 mai 2021 étaient pour le surplus maintenues.

g. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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 trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report au premier jour ouvrable qui suit (en l'espèce le lundi 1er mars 2021), du terme d'un délai échu un samedi (art. 38 al. 3 LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si dans les suites de l'accident du 5 juin 2019, l'intimée était fondée à limiter à 50% le droit aux indemnités journalières dès le 11 janvier 2021, puis à supprimer totalement ses prestations dès le 11 février 2021 et, d'autre part, si l'état de santé du recourant pouvait être considéré comme stabilisé, cas échéant à quelle date.

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. 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).

5.1 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).

6. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Une telle amélioration doit être évaluée au regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible

de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

7. 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).

7.1 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

7.1.1 Ainsi, 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur

l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

7.1.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. 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).

9. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et

4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. En l'espèce, le recourant soutient qu'il est en incapacité totale de travailler depuis l'accident du 5 juin 2019 et au-delà du 12 janvier 2021. Son état de santé n'est en outre pas stabilisé et il continue à ressentir des douleurs importantes aux genoux.

Depuis la décision du 11 janvier 2021, il est suivi par le Dr I_____, chirurgien orthopédique, ainsi que par le service de chirurgie orthopédique des HUG. Le Dr I_____ considère la capacité de travail du recourant comme nulle dès le 11 janvier 2021, ce pour une durée indéterminée. Dans son rapport du 27 mars 2021, il évoque les plaintes de douleurs et d'impotences fonctionnelles bilatérales supérieures à droite et considère que le status les corrobore. Les IRM du 18 janvier 2021 mettent en évidence, pour le genou droit, une lésion complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie de grade 3 du plateau tibial interne et pour le genou gauche, une méniscopathie grade 3 de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie focale grade 3 à la partie antérieure du condyle fémoral interne, sans épanchement intra-auriculaire. Les lésions des deux ménisques sont décrites comme persistantes et le cas n'est pas stabilisé. Le Dr I_____ indique adresser le recourant aux HUG avec proposition de révision chirurgicale. Il conclut en évoquant « la complexité des lésions depuis l'accident, des ébauches évolutives en arthrose, une atteinte à l'intégrité et une invalidité ». Le Dr I_____ maintient cette position dans son attestation du 24 mai 2021 qu'il conclut en indiquant que le cas n'est toujours pas stabilisé et que le patient n'a jamais été en mesure de reprendre un quelconque travail. Il recommande d'attendre la détermination du service de chirurgie orthopédique quant à une éventuelle intervention.

Cette détermination est adressée à l'intimée par les HUG le 9 juin 2021. Le rapport indique que l'évolution est défavorable et prône la mise en place d'une allogreffe méniscale interne du genou gauche et ostéotomie correctrice de valgisation au niveau fémoral gauche. La réalisation des critères nécessaires à dite intervention est exposée dans un rapport complémentaire des HUG du 5 juillet 2021, motivant notamment celle-ci par la présence de douleurs localisées au niveau de l'interligne interne du genou.

10.1 La position de l'intimée au moment de la décision sur opposition entreprise et son évolution lors de la procédure est un peu plus confuse.

10.2 Ainsi, dans un premier temps, soit aux moments de sa décision du 11 janvier 2021 et de sa décision sur opposition du 27 janvier 2021, elle a considéré que le recourant était apte à reprendre son activité habituelle à 50% dès

le jour même, puis à 100% dès le 12 février 2021. Son état de santé était décrit comme identique à celui qui prévalait avant l'accident. Vu la rééducation en cours, l'intimée acceptait cependant de verser des indemnités à hauteur de 50% jusqu'au 28 février 2021. Les frais d'autres examens radiologiques ne seraient par ailleurs plus pris en charge.

10.2.1 Ces déterminations indiquaient se fonder sur l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA du 8 janvier 2021, faisant elle-même uniquement référence aux conclusions des médecins de la CRR du 16 décembre 2020 relatives au séjour de l'intéressé à la clinique du 10 novembre au 8 décembre 2020. Pourtant, à teneur de leur lettre de sortie, il appert que les médecins de la CRR n'ont pas considéré la situation comme stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. En outre, s'ils avaient envisagé une reprise à 50% à partir du 11 janvier 2021, (soit plus d'un mois après la sortie de la CRR et trois semaines après l'établissement du rapport de sortie), ils avaient préconisé une réévaluation avant une reprise à 100%. Or, le recourant n'a plus été examiné par un médecin de la SUVA après le 8 décembre 2021 et les seuls médecins qu'il a vus, de son propre chef, attestent d'une incapacité de travail totale au-delà du 11 janvier 2021. Tant le Dr H_____ dans son appréciation du 8 janvier 2021 que l'intimée dans sa décision et sa décision sur opposition des 11 et 27 janvier 2021 font donc une lecture erronée des conclusions du rapport de la CRR lorsqu'ils considèrent que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 11 février 2021. Ce n'est en effet pas ce que les médecins de la CRR indiquent. De plus, contrairement à ce que soutient l'intimée, il n'apparaît ni dans le rapport de sortie de la CRR, ni dans l'appréciation du Dr H_____ du 8 janvier 2021, ni dans aucun document figurant au dossier, que le recourant aurait recouvré la capacité de travail qui était la sienne au jour de l'accident.

10.2.2 Il est en outre difficilement compréhensible qu'au vu de la lettre de sortie de la CRR recommandant une évaluation médicale après le 11 janvier 2021, du certificat du Dr I_____ du 12 janvier 2021 attestant d'une incapacité totale de travailler du recourant et des douleurs accrues décrites par le recourant dans son opposition du 18 janvier 2021, l'intimée n'ait procédé à aucun examen complémentaire avant de rendre la décision sur opposition. Elle ne semble même pas avoir examiné les rapports relatifs aux IRM des deux genoux du 18 janvier 2021 pourtant mentionnés par le recourant - même si non produits par lui - dans son opposition.

L'absence d'une évaluation complète et circonstanciée au moment de la décision de diminuer, puis de supprimer les prestations, est d'autant plus étonnante que l'historique médical du recourant est chargé et complexe. Il a notamment subi trois interventions chirurgicales aux ménisques en 2020 et les bilans post-opératoires se sont avérés mitigés et bien loin de ce qui était anticipé par les médecins conseils de l'intimée. Dans ces circonstances, il semble particulièrement

peu opportun de miser sur une évolution statistique, au détriment d'un examen médical concret. La chambre de céans rappelle encore à cet égard que l'intimée avait déjà, par décision du 17 avril 2020, interrompu ses prestations en faveur du recourant au 30 avril 2020, du fait qu'après une méniscectomie telle que celle subie le 13 janvier 2020, le *statu quo ante* pouvait être considéré comme atteint au plus tard trois mois après l'opération. Elle a ultérieurement annulé sa propre décision suite à une évaluation concrète du cas du recourant démontrant que l'évolution de son état de santé n'était pas conforme à l'évaluation prospective abstraite (cf. courrier de l'intimée au recourant du 22 juillet 2020).

Au vu de ces éléments, la décision sur opposition du 27 janvier 2021, rendue sans investigations médicales complémentaires, apparaît comme prématurée, ce qui est, en tant que besoin, confirmé par les deux revirements décrits ci-après.

10.3 En effet, dans un second temps, soit lors de la préparation de sa réponse au recours, l'intimée a fait examiner le dossier du recourant à la Dresse J_____ de son centre de compétence, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie. Celle-ci trouvait « un peu » surprenant que la CRR retienne une capacité de travail complète de l'intéressé dans son ancienne activité au vu des circonstances. Elle rejoignait à cet égard plutôt l'avis du médecin d'arrondissement qui, lors de son examen final d'octobre 2020, avait considéré que l'activité habituelle ne serait plus exigible, afin d'épargner au mieux les genoux et éviter l'apparition d'arthrose. Comme lui, elle « ne pouvait retenir, compte tenu des séquelles accidentelles, que le recourant était apte à reprendre son ancienne activité à 50% à partir du 11 janvier 2021, puis à 100% à compter du 1er mars 2021 ». En revanche, elle recommandait une activité professionnelle adaptée, soit non contraignante pour les genoux, permettant d'alterner les positions assises et debout, évitant les montées et descentes multiples d'échelles ou d'escaliers, les marches répétées en terrain accidenté, les agenouillements ou accroupissements et le port de charges de plus de 15 kilos répété. Une telle activité était exigible à plein temps et à rendement complet au plus tard dès le 11 janvier 2021, du fait que la guérison d'une atteinte méniscale opérée est en règle générale de huit semaines. Au vu de ces éléments, l'état de santé étant pour le surplus considéré comme stabilisé depuis fin décembre 2020, l'intimée estimait que sa propre décision devait être partiellement annulée et la cause lui être renvoyée pour examen du droit à une rente ainsi qu'à une IPAI.

10.4 Dans un troisième temps, soit depuis le dépôt de la duplique du 15 juillet 2021, l'intimée considère désormais que l'évolution du genou gauche est défavorable et qu'au vu des rapports des HUG des 9 juin et 5 juillet 2021, une allogreffe et ostéotomie correctrice semblent indiquées et peuvent être prises en charge au titre de rechute. Elle estime cependant que ces éléments ne remettent pas en cause les conclusions prises dans le mémoire réponse du 5 mai 2021.

Ce nouveau revirement est difficilement conciliable avec l'évolution de la situation médicale telle qu'elle ressort du dossier. En effet, le recourant n'a pas été

examiné par un médecin entre son séjour à la CRR et son rendez-vous du 11 janvier 2021 auprès du Dr I_____. Or, lors de sa sortie de la CRR, son état n'était pas stabilisé et les médecins l'ont considéré comme totalement incapable de travailler durant un mois supplémentaire, puis à 50% dès le 12 janvier 2021, étant précisé que l'évolution de sa capacité de travail devrait être réévaluée par la suite.

Or, comme déjà indiqué, le 11 janvier 2021, le Dr I_____ constate que les lésions aux deux genoux sont persistantes, que la situation n'est pas stabilisée mais évolutive et qu'au vu des plaintes corroborées par le status, il y a lieu de considérer le recourant comme totalement incapable de travailler. Il est en outre adressé aux HUG pour proposition de révision chirurgicale, proposition à laquelle il est donné une suite favorable en juin 2021 suite à l'examen usuel des critères médicaux relatifs à une allogreffe. Parmi ces critères, les HUG mentionnent l'évolution défavorable, malgré un long traitement par physiothérapie et un séjour à la CRR qui n'a pas eu d'effet bénéfique (cf. courrier des HUG à l'intimée du 9 juin 2021).

10.5 Il ressort de ces éléments que l'évolution favorable postérieure à la sortie de la CRR, la stabilisation au *statu quo ante* et la rechute postérieure alléguées par l'intimée ne sont pas démontrés, n'ont pas d'assise médicale et n'ont pas fait l'objet d'examens circonstanciés et approfondis, que ce soit avant ou après la décision entreprise.

10.6 Au contraire, il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant s'est péjoré après sa sortie de la CRR. En effet, même la Dresse J_____, qui a notamment procédé à une comparaison entre les résultats des IRM du 26 août 2020 et ceux du 18 janvier 2021, a retenu une nette péjoration de l'atteinte cartilagineuse, décrite comme surprenante vu le court intervalle de temps. Ainsi, le recourant n'a pas été en mesure de recouvrer sa capacité de travail conformément à ce qui avait été anticipé initialement par l'intimée et il doit se soumettre à une allogreffe méniscale interne du genou gauche afin de tenter de mettre un terme à l'évolution défavorable dudit genou constatée tant par le Dr I_____ que par les HUG, suite à divers examens et notamment aux deux IRM du 18 janvier 2021.

10.7 L'état de santé n'est donc pas stabilisé et il n'est pas non plus établi que l'état de santé du recourant lui permettait d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 50% dès le 11 janvier 2021, ni à 100% dès le 28 février 2021.

11. Pour autant la chambre de céans relève que les rapports des médecins traitants attestant d'atteintes à la santé au-delà de la date de sortie de la CRR ne suffisent pas non plus à trancher la question de la capacité de travail du recourant à partir de janvier 2021, faute de contenir tous les éléments formels nécessaires pour se

voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence, eu égard notamment à leur faible densité de motivation.

12. L'intimée n'ayant pas suffisamment instruit la situation médicale du recourant au-delà de fin décembre 2020, il conviendra de lui renvoyer la cause, afin qu'elle mette en œuvre une expertise indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Il conviendra que celui-ci évalue l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant dès janvier 2021.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 27 janvier 2021 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 27 janvier 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
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