

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 janvier 2020

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Marc-Etienne Favre, avocat à Lausanne,

et

**U.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 10 LAA : art. 29 Cst. ; art. 49 et 61 let. c LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), aujourd'hui [... profession du secteur tertiaire], a été victime d'un accident de ski le 13 février 1998, alors qu'il était employé de l'école de ski de [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'U.\_\_\_\_\_ (ci-après : U.\_\_\_\_\_ ou l'intimée). Il a subi une entorse grave postéro-externe du genou gauche, ayant pour conséquence une déchirure au milieu du ligament croisé postérieur (LCP), un étirement du ligament croisé antérieur (LCA), une déchirure du point d'angle postéro-externe, une déchirure du ligament latéral externe (LLE) et une désinsertion complète du muscle poplité (rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 23 mars 1998). Le Dr B.\_\_\_\_\_ a pratiqué une première intervention le 21 février 1998 sous forme d'arthroscopie diagnostique, de neurolyse du nerf sciatique poplité externe, de plastie du ligament latéral externe et de plastie du point d'angle postéro-externe du genou gauche. U.\_\_\_\_\_ a pris en charge le cas.

En raison d'une instabilité postérieure et postéro-externe du genou gauche, le Prof. C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a effectué le 28 janvier 1999 une plastie du ligament croisé postérieur, une plastie du ligament latéral externe et posé un fixateur externe. Le 3 mai 1999, il relevait, après ablation du fixateur externe et physiothérapie, une évolution satisfaisante, malgré la persistance d'un épanchement le soir après l'effort. Le 7 février 2000, il notait un résultat satisfaisant, l'assuré ne ressentant plus d'instabilité et percevant une nette diminution des douleurs. Le 20 février 2001, le Dr C.\_\_\_\_\_ confirmait une bonne stabilité du genou ayant permis au patient de reprendre ses activités sportives, notamment le ski. Il faisait néanmoins état de douleurs au niveau infra-patellaire ainsi que de part et d'autre du condyle fémoral qu'il mettait en rapport avec le matériel d'ostéosynthèse. Il n'attestait d'aucune incapacité de travail.

Le 31 mai 2001, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a adressé un rapport à U.\_\_\_\_\_, dans lequel il évoquait notamment un status après ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée le 19 avril 2001. Il faisait état de physiothérapie de maintien pour une durée indéterminée à titre de traitement en cours, ainsi que d'une certaine fragilité et instabilité du genou gauche en cas de surcharge chronique. L'évolution vers une arthrose était difficile à prévoir et liée à la sollicitation du genou, ainsi qu'à l'état général du patient.

Au mois de novembre 2006, A.\_\_\_\_\_ a informé U.\_\_\_\_\_ qu'il avait, à nouveau, été contraint de consulter le Prof. C.\_\_\_\_\_ en raison de douleurs. Dans un rapport du 28 novembre 2006, ce médecin a fait état d'une chute à ski, après un saut avec réception sur les fesses en hyperflexion des deux genoux. Les examens cliniques et radiologiques étaient pourtant plutôt rassurants puisqu'ils ne mettaient en évidence aucune instabilité nouvelle.

Une année plus tard, l'assuré a consulté le Dr E.\_\_\_\_\_, alors médecin assistant au service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ [...]. Ce médecin évoquait une évolution plutôt favorable, le patient ayant pu reprendre le sport avec toutefois un ressenti d'instabilité et, depuis quelques semaines, des douleurs du compartiment interne du genou. Il ne relevait aucun traitement particulier, indiquant toutefois que le patient devait essayer de ménager son genou. Il n'attestait d'aucune incapacité de travail (rapport du 26 novembre 2007).

Le 10 janvier 2008, U.\_\_\_\_\_ a interpellé son médecin conseil, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin qu'il se prononce sur le lien de causalité entre l'état du genou de l'assuré et l'accident de 1998. Ce dernier a confirmé que les circonstances actuelles étaient en rapport avec l'accident, que les consultations des mois d'avril 2006 et de novembre 2007 également, que le pronostic à moyen et long terme tendait à une arthrose secondaire du

genou et prévoyait une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux d'au moins 20 %.

En raison de nouvelles douleurs et de claquements sonores dont il suspectait qu'ils provenaient du ménisque, le Prof. C.\_\_\_\_\_ a commandé une imagerie par résonance magnétique (IRM) et rédigé un rapport le 10 décembre 2008.

Dans un avis du 29 janvier 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'IRM précitée, ainsi que le médicament d'entretien du cartilage (Vitamobility) devaient être pris en charge. Il a pronostiqué la pose d'une prothèse totale du genou.

Le 10 février 2009, le Prof. C.\_\_\_\_\_ a noté une progression de la gonarthrose malgré une pratique sportive intensive. Une opération n'était selon lui pas indiquée, dans la mesure où le patient ressentait peu de douleurs et pouvait encore pratiquer le sport de manière intensive. Il n'existait en l'état aucune influence sur la capacité de travail.

Suite à la demande de A.\_\_\_\_\_ de prise en charge d'un traitement d'ostéopathie et de compléments alimentaires prescrits par le Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a répondu le 10 septembre 2010 que de la physiothérapie ou de l'ostéopathie d'entretien étaient « à la limite envisageables » (9 x 2 séances par année au maximum). Il a refusé d'admettre la prise en charge des apports nutritionnels et du bilan sanguin pour une problématique mécanique, l'efficacité d'un tel traitement n'étant pas prouvée sur le plan médical.

Par courriel du 16 février 2011, H.\_\_\_\_\_ ( [...], réassureur conventionnel répondant des prestations de longue durée [rente, indemnité pour atteinte à l'intégrité] pour U.\_\_\_\_\_ selon l'art. 70 al. 2 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]), a fait parvenir à U.\_\_\_\_\_ sa décision rendue le 14 février 2011 par laquelle elle refusait à A.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité dans la mesure où

il disposait d'une pleine capacité de travail et lui niait le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 7 novembre 2013, après que l'assuré a une nouvelle fois consulté le Dr B.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé la prise en charge de cette consultation, indiqué que la pose d'une prothèse future était à la charge d'U.\_\_\_\_\_ et confirmé l'existence d'un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité probable de 20 %.

Le Dr B.\_\_\_\_\_ a prescrit des chondro-protecteurs au patient, lui conseillant de ménager son genou gauche (rapport du 18 novembre 2013). Le Dr F.\_\_\_\_\_ a admis la prise en charge de ce traitement à raison de 2 x 3 mois par année (rapport du 5 décembre 2013).

Une nouvelle IRM a été effectuée le 16 avril 2014 au service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, dont les conclusions sont les suivantes : *« status post triple plastie ligamentaire (LCA, LCP et LLE), toutes intactes avec toutefois un hyper-signal relatif de la plastie du ligament croisé postérieur. Fissure complexe longitudinale horizontale oblique dans le contexte d'un ménisque latéral discoïde, associée à une chondropathie de grade IV sur le versant fémoral de l'articulation fémoro-tibiale latérale. Arthrose tri-compartmentale. »*

Dans un rapport du 2 septembre 2014, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lésions dégénératives traumatiques du genou gauche, sans traitement actuel, ce dernier s'étant terminé le 29 avril 2014.

Au mois de mars 2015, le Prof. J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a proposé à l'assuré de pratiquer une reconstruction du compartiment latéral du genou gauche et d'évaluer l'opportunité d'une révision de la plastie du ligament croisé postérieur. A.\_\_\_\_\_ a requis un second avis

auprès du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, qui a relevé, au terme d'un rapport du 22 avril 2016, une évolution marquée progressivement par l'apparition d'une symptomatologie douloureuse, de localisation postéro-externe, décompensée depuis au moins deux mois sur base de mise au point de l'IRM du mois d'avril 2014. Afin de compléter le bilan, le Dr K.\_\_\_\_\_ proposait la réalisation d'un arthro-scanner qui devait permettre de clarifier la localisation des lésions chondrales, leur importance et les éventuelles lésions méniscales associées.

Les conclusions du rapport d'arthro-CT scan du genou gauche du 24 mars 2016 faisaient état d'une chondropathie de grade IV sur les compartiments fémoro-tibiaux médial et latéral avec développements d'ostéophytes centraux et d'une chondropathie focale de grade III sur la gorge de la trochlée. Le rapport excluait une rupture méniscale.

Dans un rapport du 25 avril 2016 adressé au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_ a indiqué que les atteintes lui paraissaient relativement stables depuis l'IRM réalisée en 2014 et que le traitement conservateur devait rester la première option. Il proposait un essai de viscosupplémentation et l'adressait à ce titre au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Ce médecin a constaté dans un rapport du 26 mai 2016, que l'assuré présentait une surcharge postéro-externe, possiblement en lien avec sa gonarthrose post-traumatique. Il a effectué avec l'accord du patient une viscosupplémentation à base d'« Ostenil Plus », sans complication et lui a prescrit des séances de physiothérapie avec un physiothérapeute du sport pour préparer au mieux un plan de renforcement-stretching et un travail proprioceptif adéquat. Il prévoyait de revoir le patient à la fin des séances de physiothérapie et en fonction de l'efficacité de la viscosupplémentation.

A la suite de consultations effectuées aux mois d'août et d'octobre 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a noté, dans un rapport du 19 janvier 2017, une gêne persistante au niveau postéro-externe, associée à des douleurs fluctuantes du compartiment interne. L'examen clinique montrait un genou sans épanchement intra-articulaire et sans douleur à la palpation. Il annonçait la prescription de nouvelles séances de physiothérapie et devait revoir son patient en fonction de l'évolution.

Deux notes de consultations ambulatoires du Dr L.\_\_\_\_\_, extraites du dossier du patient du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, évoquent, pour celle du 14 juin 2017, une évolution très satisfaisante avec une quasi-disparition des plaintes au genou gauche et beaucoup moins de craquement et, pour celle du 11 juillet 2017, une réactivation de sa gêne postéro-externe lors d'un exercice de squat en charge pendant une séance de physiothérapie.

Le 30 octobre 2017, lors d'un entretien avec U.\_\_\_\_\_, l'assuré a confirmé qu'il faisait toujours de la physiothérapie à raison d'une fois par semaine. Ce traitement lui apportait beaucoup, puisqu'il avait retrouvé de la mobilité et diminué ses douleurs, lui permettant d'éviter de lourdes opérations.

Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2017, U.\_\_\_\_\_ a mis fin à la prise en charge du traitement médical avec effet au 30 novembre 2017. Elle a retenu une évolution très satisfaisante et considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Les traitements alors effectués consistaient en des mesures thérapeutiques d'entretien qui n'apportaient pas d'amélioration notable. Il n'appartenait plus à l'assureur-accident de prendre en charge ces derniers.

A.\_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision et a produit un nouveau rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2017.

Interpellé, le Dr F.\_\_\_\_\_ a considéré le 11 janvier 2018 qu'il s'agissait bien d'une rechute en relation avec une activité sportive

inappropriée vu l'état de son genou qui était stabilisé depuis 2011 comme l'avait indiqué la H.\_\_\_\_\_. Au demeurant, les IRM superposables de 2014 et 2016 confirmaient cette stabilisation. Il considérait que l'aggravation de la chondropathie devait essentiellement être mise en rapport avec ses activités sportives.

Le 15 juin 2018, U.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision. Elle a en particulier considéré que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé de longue date, comme permettait de l'admettre l'imagerie de 2016, superposable à celle de 2014, ainsi que l'avis concordant des médecins traitants. Selon U.\_\_\_\_\_, le traitement proposé n'avait pour objectif que de conserver une fonction adéquate de son genou dont l'aggravation était essentiellement due à une pratique sportive inappropriée. Ainsi, la seule possibilité hypothétique de repousser une issue opératoire à une période ultérieure ne suffisait pas à retenir que la poursuite du traitement était susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré.

**B.** Le 6 août 2018, U.\_\_\_\_\_ a adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence l'acte de A.\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2018, intitulé « *OPPOSITION à votre décision du 15 juin 2018* ». Dans ce recours, l'intéressé a en particulier contesté le fait que son état de santé était stabilisé, et allégué que les douleurs n'avaient jamais cessé depuis son accident. Il a également contesté avoir eu une pratique sportive intense et a dès lors conclu à la prise en charge du traitement de physiothérapie, conséquence directe de l'accident de 1998.

Me Marc-Etienne Favre a fait part de son mandat dans un courrier du 28 août 2018 à l'attention de la juge instructrice, précisant les conclusions prises par son mandant de la manière suivante :

« I. La décision sur opposition du 15 juin 2018 dans la cause 257.76.406.115/90055/beg opposant A.\_\_\_\_\_ à U.\_\_\_\_\_ est annulée.

II. Le dossier est retourné à U.\_\_\_\_\_ pour prise en charge du cas, subsidiairement pour nouvelle décision dans le sens des considérants. »

Le 12 novembre 2018, agissant par l'intermédiaire de Me Didier Elsig, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a en particulier rappelé que le droit au traitement n'était donné qu'aussi longtemps que la poursuite de ce dernier laissait espérer une amélioration notable de l'état de santé ou permettait d'éviter une péjoration de cet état, ce qui n'était pas le cas, lorsque le traitement ne faisait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire. Elle a soutenu que l'instruction du dossier était complète et confirmé que les douleurs étaient exacerbées par l'activité sportive à tout le moins régulière du recourant.

Par réplique du 6 février 2019, le recourant a rappelé que, de l'avis de ses médecins traitants, son état de santé n'était pas stabilisé et que la physiothérapie dont il demandait la prise en charge était un traitement au long cours des suites de l'accident de 1999 [recte : 1998]. Il a relevé que son médecin soulignait l'importance de la poursuite d'un exercice physique régulier et que rien au dossier ne permettait d'admettre que le sport qu'il pratiquait serait à l'origine de ses douleurs. L'intéressé a précisé que la poursuite du traitement de physiothérapie permettait d'éviter une aggravation de son état de santé et que les séquelles actuelles étaient en lien avec l'accident, un *statu quo sine vel ante* n'entrant en l'occurrence pas en ligne de compte. Le recourant a enfin évoqué une violation de son droit d'être entendu en raison de l'absence de motivation dans la décision attaquée des raisons pour lesquelles l'intimée n'a pas retenu l'avis de ses médecins traitants. Il a requis la tenue d'une audience de débats publics et l'audition de deux de ses médecins traitants. Il a en outre produit en annexe à sa réplique un rapport du 2 décembre 2008 du Dr C. \_\_\_\_\_ au Dr D. \_\_\_\_\_, un certificat médical du 7 novembre 2018 du Prof. J. \_\_\_\_\_ et un rapport de physiothérapie du 11 janvier 2018 de N. \_\_\_\_\_, physiothérapeute.

Le 15 mars 2019, l'intimée s'est prononcée sur les différents griefs soulevés par le recourant dans le cadre de sa réplique. S'agissant de l'examen clinique de l'intéressé par le médecin conseil, il a indiqué que ce

dernier était inutile dès lors que le dossier lui fournissait toutes les indications nécessaires pour prendre position, que les rapports des médecins traitants devaient être pris avec une certaine réserve compte tenu de l'empathie existante entre médecin traitant et patient, que les nouveaux rapports des médecins traitants avaient été examinés par le Dr F. \_\_\_\_\_ qui avait considéré que leur lecture confirmait que le traitement de physiothérapie consistait en un traitement d'entretien, que dit traitement n'avait pour objectif que de maintenir une fonction adéquate et ne permettait pas une amélioration de son état de santé ce qui suffisait à refuser la prise en charge sans examiner si un traitement permettant d'éviter une péjoration constituait un traitement adéquat au sens de l'art.10 al.1 LAA. Enfin l'intimée considérait que l'audience de débats publics était inutile compte tenu de l'instruction complète du dossier. Elle a produit en annexe à son écriture un avis du Dr F. \_\_\_\_\_ du 14 février 2019 s'exprimant sur les rapports médicaux des médecins traitants et le rapport du physiothérapeute.

Par ordonnance du 19 mars 2019, la juge instructrice a rejeté d'audition des médecins traitants du recourant, lui fixant un délai supplémentaire pour produire de nouveaux rapports cas échéant.

Le 27 mai 2019, le recourant a ainsi produit un rapport du 6 mai 2019 du Dr L. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« 1. Comme décrit dans ma lettre du 22.12.2017, j'estime que votre cas n'est pas encore stabilisé vu que les douleurs fluctuantes sont toujours présentes, avec des rechutes douloureuses. De plus, il reste d'autres thérapies de type infiltration encore à envisager.

2. Le traitement de physiothérapie dont vous bénéficiez permet de réaliser un traitement actif et supervisé qui présente un effet thérapeutique clairement avéré et qui permet de maintenir une fonction adéquate et d'améliorer la symptomatologie lors des rechutes et ainsi tendre vers une amélioration la plus complète possible de ces plaintes.

3. Les bénéfices à court et moyen termes sont principalement une meilleure fonction du genou, notamment au niveau neuromusculaire, de la force musculaire et de l'endurance musculaire dans les activités de la vie quotidienne et sportive ainsi qu'une amélioration de la souplesse et de la proprioception. Enfin, celles-ci ont des conséquences clairement établies sur la symptomatologie douloureuse dans une telle pathologie.

4. Les traitements physiothérapeutiques prescrits ne peuvent pas empêcher la détérioration locale cartilagineuse si un phénomène d'arthrose arrive mais permettent, comme précédemment dit, de maintenir une fonction du genou adéquate et une symptomatologie la plus tolérable possible et donc de repousser une opération chirurgicale à long terme qui peut avoir des conséquences non négligeables ».

Dans un courrier du 2 juillet 2019, le recourant a indiqué que le Prof. J.\_\_\_\_\_ n'était pas disposé à établir un rapport complémentaire, se référant entièrement aux constatations de son certificat médical du 7 novembre 2018. Il a réitéré sa requête d'audition de ce médecin.

Se prononçant le 15 août 2019 sur le dernier rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, l'intimée a soutenu que ce dernier ne faisait que confirmer l'impossibilité de ce traitement d'améliorer l'état de santé du recourant et contesté la nécessité d'auditionner le Prof. J.\_\_\_\_\_ et d'appointer une audience de débats publics.

Par ordonnance du 14 novembre 2019, la juge instructrice a rejeté la requête du 2 juillet 2019 du recourant tendant à faire entendre le Prof. J.\_\_\_\_\_ lors d'une audience et A.\_\_\_\_\_ a finalement renoncé à la tenue de débats publics dans des déterminations du 3 décembre 2019.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] ; art. 30 LPGA) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'assureur accident d'un traitement de physiothérapie au-delà du 30 décembre 2017. A l'inverse de A.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ considère que l'état de santé du recourant étant stabilisé, le traitement de physiothérapie n'a plus à être pris en charge puisqu'il n'apporte plus d'amélioration notable de son état de santé.

**b)** Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3.** Le recourant reproche d'abord à l'intimée une violation de son droit d'être entendu, en ce sens qu'elle ne se serait pas prononcée sur le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, lequel remettrait en cause la première décision rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2017.

**a)** L'obligation de l'assureur de motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties découle de l'art. 49 al. 3 LPGA. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les

arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

**b)** En l'occurrence, les arguments que le recourant fait valoir dans son opposition sont identiques à ceux soulevés à l'appui de son recours. On ne saurait dès lors admettre qu'il a été empêché de contester valablement la décision attaquée en raison d'un défaut de motivation. Les éléments sur lesquels U.\_\_\_\_\_ s'est fondée pour refuser la suite du traitement de physiothérapie figurent aux considérants 10 à 12 de la décision attaquée (p. 5). Si l'autorité administrative a l'obligation de motiver sa décision dans le but que l'assuré puisse la comprendre, il n'est en revanche pas nécessaire qu'elle discute de tous les moyens de preuve, les faits et arguments des parties, étant légitimée à ne discuter que les questions décisives pour l'issue de la procédure. Elle a cependant soumis le rapport du 22 décembre 2017 du Dr L.\_\_\_\_\_, produit par le recourant à l'appui de son opposition au Dr F.\_\_\_\_\_, lequel a estimé qu'il ne modifiait pas la position adoptée par l'intimée, le médecin traitant n'ayant en l'occurrence pas fait valoir d'éléments à ce point différents et nouveaux qu'ils remettent en cause la décision rendue initialement (cf. avis du 11 janvier 2018 à l'attention d'U.\_\_\_\_\_). Le recourant n'a au demeurant pas été privé de faire valoir ses arguments dans le cadre de la procédure de recours auprès de la Cour de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'examen.

Le grief du recourant relatif à la violation du droit d'être entendu et au défaut de motivation est ainsi mal fondé.

**4.**        **a)** Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir :

a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien ;

b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste ;

c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital ;

d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin ;

e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Le traitement ne se limite pas aux mesures destinées au rétablissement ou à l'amélioration de la capacité de gain. Il comprend toutes les mesures qui visent à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète que possible les atteintes à la santé physique ou psychique (ATF 121 V 302 consid. 5b ; TF 9C\_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 4.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (TF 8C\_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3 ; 8C\_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1 ; 8C\_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 in SVR 2011 UV n° 1 p. 1). En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible lorsque la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3 et les réf. citées ; sur le tout, JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in :

Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, p. 968, n. 194).

En plus d'être adéquat, le traitement doit également être économique et scientifiquement reconnu. Le prestataire de soins se limitera en conséquence aux mesures exigées par le but du traitement, conformément à l'art. 54 LAA et l'assuré n'a pas droit à la prise en charge de traitements expérimentaux (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit., p. 969, n. 198 ; ATF 136 V 141 consid. 4.1).

**b)** Le droit au traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (Art.19 al.1, 2<sup>e</sup> phrase, LAA a contrario). 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Si une telle amélioration n'est plus possible, le droit au traitement prend fin et l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité. Le traitement a donc un caractère provisoire ou temporaire même s'il peut se poursuivre pendant plusieurs années. Il ne s'agit pas d'une prestation durable au sens de l'art. 17 LPGA (TF 8C\_896/2009 du 10 juillet 2010 consid. 4.2), de sorte que l'assureur accident peut y mettre un terme de manière rétroactive (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit., p. 970, n. 200).

Une fois que le traitement a cessé, des mesures médicales subséquentes ne sont prises en charge qu'aux conditions de l'art 21 LAA, lorsque l'assuré est mis au bénéfice d'une rente. Si la personne assurée n'a pas droit à une rente et subit par la suite une rechute ou souffre de séquelles tardives nécessitant un traitement médical, elle annoncera le cas à l'assureur-accidents, qui versera les prestations d'assurance, indépendamment des conditions de l'art. 21 LAA en relation avec l'art. 11 OLAA (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, op. cit., p. 970 n° 201).

**c)** 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).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6. a)** En l'occurrence, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail comme [... profession du secteur tertiaire] et n'est au bénéfice d'aucune rente d'invalidité. La prise en charge du traitement de physiothérapie litigieux doit en conséquence être examinée sous l'angle de l'art.10 al. 1 LAA.

L'intimée, avec qui le recourant est toujours resté en contact, l'informant régulièrement du suivi médical, a pris en charge les suites de l'accident du 13 février 1998 jusqu'à sa décision du 10 novembre 2017, dans laquelle elle a considéré que son état de santé était stabilisé. Elle a

justifié sa position par le fait que l'imagerie réalisée entre 2014 et 2016 était parfaitement superposable comme l'indiquait son médecin-conseil, que les médecins traitants attestaient en définitive tous d'un état stationnaire, que les séances de physiothérapie proposées par le Dr L.\_\_\_\_\_ n'avaient pour objectif que de maintenir une fonction adéquate du genou, une telle mesure n'étant pas propre à améliorer sensiblement l'état de santé du recourant. Elle a encore confirmé que l'aggravation progressive de la chondropathie était essentiellement la conséquence des excès sportifs de l'assuré, dès lors que celui-ci s'était systématiquement plaint d'une majoration de la symptomatologie dans les suites immédiates d'efforts intenses et inappropriés.

Il ne ressort pourtant pas du dossier médical antérieur à la décision du 10 novembre 2017 qu'un médecin se soit clairement prononcé sur la stabilisation de l'état de santé du recourant. La question n'a pas même été posée par l'assureur que ce soit à son médecin-conseil ou aux médecins traitants consultés. Ce n'est que sur la base de la note du Dr L.\_\_\_\_\_ du 14 juin 2017, extraite du dossier du patient, qui évoque une évolution très satisfaisante avec une quasi-disparition des plaintes au genou gauche grâce au traitement de physiothérapie, de même que sur la note d'entretien téléphonique du 30 octobre 2017 avec le recourant, qui fait état d'une amélioration avec pour objectif d'arriver à un état stable, que l'intimée a mis un terme à ses prestations. Dans un avis du 11 janvier 2018 à l'attention de l'assureur, le Dr F.\_\_\_\_\_ a considéré que le cas était stabilisé depuis 2011. Il a émis cette appréciation en se référant aux constatations de la H.\_\_\_\_\_ et sur la base des imageries effectuées en 2014 et 2016 qui selon lui étaient superposables. Cet avis est extrêmement succinct et n'est pas motivé. D'une part, il se réfère à une décision administrative. D'autre part, il se réfère au rapport d'arthro-CT scan du 24 mars 2016, qui, pour autant qu'il puisse être comparé à celui d'une IRM, évoque en plus de la chondropathie de stade IV déjà présente en 2014, une chondropathie focale de grade III sur la gorge de la trochlée qui n'était pas mentionnée dans le précédent rapport, et fait ainsi plutôt état d'une aggravation. Par ailleurs, le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 décembre 2017 conteste cette stabilisation. Il confirme l'effet

thérapeutique clairement avéré de la physiothérapie, permettant de maintenir une fonction adéquate du genou, ainsi que les possibilités de recourir à d'autres thérapies, sous forme d'infiltrations d'acide hyaluronique ou de plasma riche en plaquettes (PRP) qui permettrait de retarder l'intervention chirurgicale de pose de prothèse. On relèvera au demeurant que, peu de temps avant la décision de la H.\_\_\_\_\_, l'intimée avait annoncé par courriel du 5 octobre 2010 au recourant la prise en charge de 2 x 9 séances de physiothérapie par année, ainsi qu'une participation financière à des séances d'ostéopathie. D'autre part, entre le 14 février 2011, date de la décision de la H.\_\_\_\_\_ et l'avis du 18 janvier 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ a régulièrement pris en charge les frais en lien avec l'accident. Ainsi, au mois de décembre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ a encore validé la prise en charge d'un traitement de chondro-protecteurs à raison de 2 x 3 mois par année et les consultations médicales en relation avec les séquelles accidentelles ont été régulièrement prises en charge, sans que jusque-là l'intimée n'émette une quelconque réserve.

Cependant, malgré ce qui précède, la lecture des différents rapports médicaux au dossier ne permet pas d'admettre au degré de vraisemblance prépondérante que le traitement de physiothérapie, dont le recourant réclame la poursuite apporte une réelle amélioration de son état de santé. Compte tenu du caractère irréversible de la gonarthrose sévère dont il souffre, le traitement physiothérapeutique n'est pas susceptible d'empêcher la détérioration cartilagineuse, mais plutôt d'améliorer à court et moyen termes la fonction du genou au niveau neuro musculaire, de la force musculaire et de l'endurance musculaire dans les activités de la vie quotidienne et sportive, de même que d'améliorer la souplesse et la proprioception, qui ont toutes une incidence sur la symptomatologie douloureuse, comme l'indique le Dr L.\_\_\_\_\_ (rapport du 5 mai 2019). Ainsi et quand bien même il est incontestable que le traitement a un effet positif en ce sens qu'il permet au moins d'éviter que l'état de santé du recourant ne se péjore, et de retarder d'autant une opération tôt ou tard inéluctable, force est d'admettre qu'il ne permet pas d'améliorer la fonction du genou et ne soulage seulement que temporairement (court ou moyen termes) des douleurs occasionnées par un état stationnaire. Le

rapport du physiothérapeute du 11 janvier 2018 ne fait que confirmer ce qui précède et le fait que d'autres thérapies puissent être utilisées avant de recourir à une chirurgie (rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2017) ne permet pas plus d'admettre que l'état de santé de ce dernier ne serait pas stabilisé.

A cela s'ajoute que conformément à la jurisprudence, l'amélioration sensible de l'état de santé doit s'évaluer en regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail du recourant. Or dans le cas particulier, l'intéressé dispose de sa pleine et entière capacité de travail dans son activité d'[... profession du secteur tertiaire] et poursuit une activité sportive qui contribue également au renforcement musculaire et à la proprioception nécessaire au maintien de la fonction du genou. Il va sans dire à ce stade qu'une telle activité doit être adaptée à l'état du genou de l'intéressé, conformément d'une part à ce que relevait déjà le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 26 novembre 2007 et le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 18 novembre 2013, et d'autre part à ce qu'il avait lui-même confié à U. \_\_\_\_\_ lors d'un entretien le 12 novembre 2015, lorsqu'il constatait que l'inflammation diminuait en restant tranquille.

Compte tenu de ce qui précède, en particulier du fait qu'une amélioration de l'état de santé dans le sens d'une amélioration de la capacité de travail n'est plus de mise, la décision de l'assureur accident de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical, en particulier au traitement de physiothérapie, n'est pas critiquable.

**b)** La confirmation de la décision sur opposition entreprise ne signifie pas encore la fin définitive de la prise en charge de tout traitement en lien avec l'accident. Le recourant conserve le droit de s'adresser à l'intimée pour lui annoncer une rechute ou des séquelles tardives. Enfin, compte tenu de la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé, l'intimée devra encore se prononcer sur une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité à lui allouer.

**7.**           **a)** Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

**b)** En l'occurrence, l'instruction apparaît suffisante, les éléments du dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. Au demeurant, le recourant a été invité à produire de nouveaux rapports écrits de la part de ses médecins traitants, ce que le Dr L.\_\_\_\_\_ a fait, le Prof. J.\_\_\_\_\_ ayant confirmé les constatations figurant déjà dans son rapport du 7 novembre 2018. En conséquence, l'audition de ces deux médecins telle que requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

**c)** Dans ses ultimes déterminations du 3 décembre 2019, le recourant a en outre renoncé à la tenue de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH.

**8.**           En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I. Le recours est rejeté
  
- II. La décision sur opposition rendue le 15 juin 2018 par U.\_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Marc-Etienne Favre (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :