

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1621/2023

ATAS/857/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 novembre 2024**

**Chambre 2**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Aurélie GAVILLET, avocate

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

## **EN FAIT**

**A. a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a travaillé en qualité de plaquiste. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

**b.** Le 17 novembre 2014, alors qu'il transportait une lourde plaque de plâtre, l'assuré a glissé sur des gravats. Il a perdu l'équilibre et a chuté en se tordant le genou droit et en le cognant contre un mur en béton.

Le médecin consulté le jour même a diagnostiqué une fissure du ménisque interne, de la corne postérieure et du corps méniscal du genou droit, et a attesté une incapacité de travail totale.

Une radiographie réalisée le jour même a mis en évidence une chondrocalcinose. Une IRM du 27 novembre 2014 a révélé une large déchirure oblique (lésion de grade III) de la corne postérieure du ménisque interne associée à une petite zone d'amputation du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne, une fissure cartilagineuse superficielle du tiers moyen du cartilage rotulien ainsi qu'un épanchement intra-articulaire.

**c.** Dans un avis du 17 décembre 2014, la docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que les troubles de l'assuré étaient d'origine traumatique et dégénérative.

**d.** Le 29 janvier 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une arthroscopie du genou droit de l'assuré pour résection partielle du ménisque interne. Lors de cette intervention, il a constaté une déchirure en anse de seau du ménisque interne. Ce médecin a confirmé ce diagnostic dans son rapport du 23 mars 2015, faisant état d'une bonne mais lente évolution.

**e.** Le cas a une nouvelle fois été soumis à la Dre B\_\_\_\_\_ qui a considéré, dans un avis du 13 avril 2015, que l'accident avait décompensé l'état dégénératif de manière définitive.

**f.** Une nouvelle IRM du genou droit a été réalisée le 22 avril 2015.

**g.** L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 8 juillet au 4 août 2015. Selon le rapport des médecins du 7 août 2015, les diagnostics étaient ceux de chondrocalcinose du genou droit, gonarthrose débutante à prédominance médiale des deux côtés et entorse du genou droit le 17 novembre 2014, avec large déchirure oblique de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et du corps méniscal ainsi qu'une fissure cartilagineuse superficielle du tiers moyen du cartilage rotulien, ayant nécessité une arthroscopie du genou droit avec résection partielle du ménisque interne le 29 janvier 2015.

Les médecins ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de lourdes charges, pas de marche prolongée, pas de montée et de descente des escaliers, pas de travail en position accroupie ou à genoux ni de position debout prolongée. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical mais le serait dans un délai de deux à trois mois. Le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'ancienne activité habituelle mais favorable dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, consulté durant le séjour à la CRR, a retenu un genou restant douloureux après la prise en charge d'une lésion probablement dégénérative du ménisque interne et a proposé une optimisation de l'antalgie, et de la rééducation. Au décours d'un tel traitement, l'assuré devrait pouvoir retrouver son emploi.

**h.** Le 13 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OAI) en raison de son atteinte au genou droit.

**i.** Dans un rapport établi à l'attention de l'OAI en octobre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a exposé que l'assuré avait initialement été victime d'une déchirure du ménisque interne, suivie par la décompensation d'une arthrose du genou. L'activité habituelle n'était plus possible mais l'assuré était toutefois capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, telle qu'un travail de bureau, lui permettant de se lever occasionnellement. Une nouvelle opération, sous la forme d'une ostéotomie de valgisation, était éventuellement à envisager.

**j.** Le 27 janvier 2016, la Dre B\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen final de l'assuré. Celui-ci se plaignait de douleurs lors de longues marches ou lors de la marche sur les terrains en pente et irréguliers, de douleurs nocturnes ainsi que lors des stations prolongées. La physiothérapie ainsi que cinq infiltrations effectuées n'avaient amené aucun résultat satisfaisant. Les diagnostics retenus étaient ceux de chondrocalcinose du genou droit, gonarthrose débutante à prédominance médiale des deux côtés et status après résection partielle du ménisque interne le 29 janvier 2015. Sur le plan radiologique, l'arthrose n'était pas encore franchement installée. Cela étant, subjectivement, l'assuré présentait des gênes et des douleurs modifiant de manière importante sa qualité de vie. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de station debout prolongée, pas de longues marches, pas de montées ou descentes fréquentes des escaliers, des échelles et des escabeaux, pas d'accroupissements, d'agenouillement ou de port de lourdes charges. En position assise, l'assuré devait avoir la possibilité de se lever régulièrement et de mobiliser son genou. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était de 100%.

Le même jour, la Dre B\_\_\_\_\_ a arrêté l'atteinte à l'intégrité à 10% en raison de l'arthrose.

**k.** Par communication du 23 mai 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cesserait le versement des indemnités journalières avec effet au 31 mai 2016, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement une amélioration notable des suites accidentelles.

**l.** Des radiographies ainsi qu'une IRM du genou ont été réalisées en date du 5 août 2016. Les premières ont mis en évidence une chondrocalcinose méniscale bilatérale et un début de gonarthrose fémoro-tibiale interne.

**m.** L'assuré a consulté le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a relevé dans ses rapports du 28 juillet et du 17 août 2016 que celui-ci présentait une instabilité douloureuse du genou avec des chutes dans les suites d'une méniscectomie interne. Une radiographie devrait être faite pour apprécier le degré de chondrolyse. Une nouvelle arthroscopie n'allait pas résoudre de manière définitive le problème, vu l'arthrose débutante qui s'aggraverait quoi qu'il en soit plus ou moins rapidement. Si la lésion méniscale était responsable de l'instabilité, sa régularisation devrait améliorer ce symptôme, mais les douleurs risquaient de persister. Si l'instabilité ne devait pas venir du ménisque, il y aurait alors lieu de recourir à une viscosupplémentation, voire à des injections plaquettaires.

**n.** Par décision du 9 novembre 2016, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente, compte tenu d'un degré d'invalidité de 7.63%, et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

**o.** L'assuré s'est opposé à cette décision le 9 décembre 2016.

**p.** Interrogé par la SUVA, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique a expliqué dans un courrier du 20 février 2017 que l'assuré souffrait d'une boiterie à droite, de gonalgies droites ainsi que d'une chondrocalcinose du genou droit. Le diagnostic retenu était celui de gonarthrose droite post-traumatique.

**q.** Dans une appréciation du 6 mars 2017, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que les nouveaux éléments médicaux ne modifiaient ni l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité de 10% ni l'exigibilité précédemment retenue. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%. À terme, une rechute devrait toutefois être admise.

**r.** Par décision du 14 mars 2017, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré, considérant en substance que les rapports de ses médecins d'arrondissement emportaient la conviction.

**s.** Par courriel du 24 mars 2017, l'assuré a annoncé à la SUVA une chute, causée par un dérobage de son genou. Il a produit un certificat du 16 mars 2017 du docteur H\_\_\_\_\_, chirurgien-dentiste à I\_\_\_\_\_ (France), indiquant que l'assuré lui avait signalé une chute le jour même et décrivant les soins prodigués.

**t.** Le 4 avril 2017, le Professeur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un certificat dans lequel il a mentionné une lésion instable importante du ménisque interne du genou droit, déjà visible sur les IRM précédentes, expliquant l'instabilité et les douleurs du genou droit et pouvant faire l'objet d'une méniscectomie.

**u.** Une IRM du genou gauche a été réalisée le 5 avril 2017.

**B. a.** Le 1<sup>er</sup> mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA du 14 mars 2017 auprès de la chambre de céans, concluant notamment à la constatation de son incapacité de travail dans toute activité, au versement d'indemnités journalières à compter du 1<sup>er</sup> juin 2016, et à la prise en charge de l'opération du genou nécessaire.

**b.** Par courriel du 11 mai 2017, l'assuré a signalé une nouvelle chute survenue la veille à la SUVA.

**c.** Le docteur K\_\_\_\_\_, médecin au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a relaté dans son rapport du 23 mai 2017 que l'assuré présentait des séquelles douloureuses invalidantes après une méniscectomie médiale du genou droit. Compte tenu de la gêne fonctionnelle et de l'absence d'efficacité du traitement bien conduit, une intervention arthroscopique pour exploration et réalisation d'un geste méniscal était à envisager pour tenter de soulager l'assuré.

**d.** Le 1<sup>er</sup> juin 2017, le Prof. J\_\_\_\_\_ a pratiqué une nouvelle arthroscopie du genou droit. Selon le rapport opératoire, il existait une double lésion de la partie postérieure du ménisque interne restante, avec une fente transversale et une languette instable allant sous le ménisque. Des lésions cartilagineuses du condyle interne avaient également été constatées.

La SUVA a pris en charge cette intervention.

**e.** Dans un certificat du 19 juillet 2017, le Prof. J\_\_\_\_\_ a indiqué que les lésions cartilagineuses du condyle interne du genou droit étaient en relation directe avec la languette du ménisque interne, responsable des douleurs du genou dans les suites opératoires de l'intervention du 20 janvier 2015. Lesdites lésions, qui n'existaient pas sur l'IRM effectuée après l'intervention du 20 janvier 2015, étaient responsables des chutes par instabilité du genou dès le mois de mai 2015. L'abstention thérapeutique de l'époque, si elle pouvait se comprendre, était à l'origine des lésions cartilagineuses provoquées par les lésions méniscales.

**f.** Le 27 septembre 2017, le Prof. J\_\_\_\_\_ a procédé à une arthroscopie du genou gauche, pour méniscectomie, chondrectomie et chondroplastie. Il a noté d'importantes lésions cartilagineuses de stade III ainsi que du condyle interne, une fente postérieure et une petite languette sur la corne postérieure du ménisque interne.

**g.** À teneur d'un rapport du Prof. J\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2017, les problèmes du genou droit avaient évolué d'un seul tenant depuis l'accident de novembre 2014, et il n'y avait jamais eu de rechute. Les douleurs du genou droit avaient provoqué des douleurs du genou gauche, en relation avec une lésion du ménisque interne, elle aussi liée à l'accident initial et traitée par méniscectomie le 27 septembre 2017.

**h.** Le 9 janvier 2018, le Prof. J\_\_\_\_\_ a établi un complément à son rapport du 21 novembre 2017, dans lequel il a évoqué une surcharge du genou controlatéral, occasionnée par les douleurs, l'instabilité et les lésions du genou droit sur plusieurs années, laquelle avait provoqué des lésions méniscales et cartilagineuses au niveau du genou gauche.

**i.** Une IRM du genou droit a été réalisée le 9 février 2018.

**j.** Par arrêt du 20 février 2018 (ATAS/142/2018), la chambre de céans a annulé la décision du 14 mars 2017 et a invité la SUVA à rendre une décision sur la stabilisation du cas au 31 mai 2016 et la suppression du droit aux indemnités journalières à cette date. Elle a en substance retenu que l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ n'était pas probant, en raison notamment de l'anamnèse incomplète ne tenant pas compte de plusieurs rapports médicaux et de son absence de motivation.

**C. a.** Le 23 février 2018, l'assuré, par sa mandataire, a annoncé une nouvelle chute à la SUVA, survenue le 9 février précédent.

**b.** Dans un rapport établi le 26 février suivant, le Prof. J\_\_\_\_\_ a mentionné qu'à la suite de « sa dernière chute dans les escaliers », l'assuré présentait une nouvelle lésion méniscale de son genou droit avec douleurs, instabilité et blocages à répétition justifiant une nouvelle intervention, dont il a précisé le 15 mars 2018 qu'elle consisterait en une méniscectomie avec nettoyage articulaire et drainage.

**c.** La SUVA a confirmé par courrier du 16 mars 2018 la prise en charge de l'intervention chirurgicale précitée dans le cadre d'une rechute de l'accident du 17 novembre 2014.

**d.** Dans son appréciation du 26 mars 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé qu'une chute dans les escaliers avait entraîné une rechute, avec une nouvelle apparition des douleurs. L'intervention prévue serait la troisième arthroscopie depuis l'accident. L'arthroscopie de juin 2017 n'avait pas amélioré la situation de manière conséquente, au vu de la réapparition des douleurs du genou droit, ce qui correspondait aux descriptions dans la littérature, qui proposait l'abstention d'arthroscopies dans le cas d'un genou dégénératif. L'imagerie actuelle montrait une lésion méniscale. En lien avec l'accident assuré, l'état de santé était toutefois stabilisé au 31 mai 2016 au plus tard, le traitement ayant été mené à terme. La symptomatologie douloureuse qui persistait devait être attribuée à l'évolution de la gonarthrose préexistante, déjà objectivée sur les clichés réalisés à la CRR. Quant au genou gauche, le lien de causalité naturelle avec l'événement assuré était exclu.

e. Par décision du 29 mars 2018, la SUVA, se référant à l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, a confirmé la stabilisation de l'état de santé au 31 mai 2016. Par ailleurs, il n'y avait pas lieu d'allouer d'indemnités journalières à la suite de l'intervention chirurgicale du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'assuré ne réalisant aucun revenu à cette date.

f. L'assuré s'est opposé à cette décision le 1<sup>er</sup> mai 2018.

Il a produit une attestation du Prof. J\_\_\_\_\_ du 17 avril 2018, relatant les différentes interventions et ajoutant que les arthroscopies répétées n'étaient pas remises en cause par la littérature scientifique en cas de lésions méniscales instables avec problème mécanique, ce qui était le cas de l'assuré.

g. L'assuré a subi une IRM du genou gauche en date du 1<sup>er</sup> mai 2018, puis une IRM du genou droit le 14 mai 2018, ce dernier examen ayant été réalisé en raison d'une crise articulaire avec épanchement depuis 48 heures.

h. Par décision du 24 mai 2018, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré en ce sens qu'elle a alloué des indemnités journalières correspondant au minimum légal dès le 22 mars 2017. Cela étant, le cas était bien stabilisé au 31 mai 2016, et c'était à juste titre que celle-ci avait pris en charge l'intervention du 1<sup>er</sup> juin 2017 à titre de rechute. Elle a précisé dans un courrier du 29 mai 2018 que l'indemnité journalière se montait à CHF 32.50.

i. Le 21 juin 2018, le Prof. J\_\_\_\_\_ a établi un rapport dont il ressortait que l'assuré avait subi un nouvel accident et que l'IRM du 15 (*recte* : 14) mai 2018 avait montré une nouvelle lésion du ménisque interne responsable de douleurs, d'une instabilité et d'un blocage de l'extension de type méniscal. Une intervention s'imposait et était prévue pour le 5 juillet 2018. Le cartilage de l'assuré présentait une très faible usure qui, s'agissant du genou gauche, avait été aggravée par l'attente entre la première et la deuxième arthroscopie. La chondrocalcinose évoquée à une reprise était minime et ne jouait aucun rôle dans les troubles méniscaux actuels et passés. Au demeurant, il y avait de toute manière lieu de prouver formellement son existence par le biais d'une biopsie du cartilage.

**D.** a. L'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA du 24 mai 2018 par écriture du 25 juin 2018, concluant notamment préalablement à la réalisation d'une expertise et, principalement, à l'annulation de cette décision et à la constatation que son état de santé n'était pas stabilisé au 23 mai 2016, au versement d'indemnités journalières au-delà de cette date, à la prise en charge des traitements médicaux occasionnés par l'accident du 17 novembre 2014, et à la prise en charge des frais dentaires occasionnés par l'accident lié au dérobage du genou, soit EUR 5'100.-.

b. La SUVA a conclu au rejet du recours, se référant à une appréciation du 24 août 2018 de son médecin-conseil, la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie.

Celle-ci a expliqué, après avoir décrit les atteintes méniscales et les mécanismes à leur origine, que l'accident de 2014 avait entraîné une unique atteinte en anse de seau du ménisque interne droit, traitée avec succès lors de l'intervention du 26 janvier 2015. Une telle intervention était simple et ses suites généralement rapides, avec une reprise des activités sportives au bout de quatre à huit semaines. Les complications – dont la survenance d'une arthrose, restant exceptionnelle, ou la persistance de douleurs – étaient rares. L'assuré présentait une persistance ou réapparition de douleurs, vraisemblablement dues d'une part à la gonarthrose préexistante, et d'autre part à la persistance de l'atteinte de la corne méniscale postérieure droite, d'origine malade. S'agissant de l'instabilité qui aurait entraîné des chutes, la Dre L\_\_\_\_\_ a noté qu'une atteinte en anse de seau méniscale pouvait être à l'origine d'un sentiment d'instabilité, mais celle-ci avait été traitée par l'intervention de janvier 2015 chez l'assuré, et elle n'apparaissait pas sur l'IRM réalisée ensuite en 2015. Elle ne pouvait ainsi être à l'origine de l'instabilité. L'analyse des IRM réalisées en 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018 révélait que l'atteinte de la corne postérieure du ménisque interne droite, d'origine dégénérative, était toujours présente, et décrite sur l'IRM de 2015 comme une lésion fissuraire oblique de la corne postérieure du ménisque interne atteignant la surface articulaire tibiale (lésion de grade III) associée à une subluxation du ménisque résiduelle. Il y avait ainsi une subluxation méniscale, connue pour provoquer des sentiments d'instabilité avec *pseudogiving way*, tels que décrits par l'assuré. Partant, la Dre L\_\_\_\_\_ confirmait l'indication à la quatrième intervention proposée par le Prof. J\_\_\_\_\_, pour autant que cette atteinte de la corne postérieure soit enfin traitée dans son ensemble. Elle pensait qu'après cette intervention, une grande partie des douleurs devrait s'amender, mais il ne fallait pas oublier qu'une partie des douleurs était imputable à la gonarthrose débutante. Le pronostic quant à l'instabilité était incertain. Néanmoins, cette intervention chirurgicale n'était pas à la charge de la SUVA. La Dre L\_\_\_\_\_ ne trouvait aucun argument démontrant que la stabilisation de l'état de santé en relation avec la méniscectomie partielle à droite motivée par une anse de seau méniscale n'était pas atteinte au 31 mai 2016. L'atteinte complexe du ménisque interne de stade III n'était pas séquentaire de l'accident du 17 novembre 2014. Elle se ralliait également à l'exigibilité définie par les Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. Elle était d'accord avec le Prof. J\_\_\_\_\_ lorsqu'il indiquait en juillet 2017 que les lésions cartilagineuses du condyle fémoral interne droit étaient vraisemblablement dues à l'atteinte méniscale de la corne postérieure interne droite, mais il n'y avait aucune relation de causalité avec l'accident du 17 novembre 2014. La Dre L\_\_\_\_\_ ne niait pas que l'état du genou droit de l'assuré s'était aggravé, avec l'apparition de remaniements cartilagineux débutants du tibia antéro-interne droit objectivés sur les radiographies à l'imagerie du 5 août 2016. Ceux-ci n'étaient toutefois pas en lien de causalité avec l'accident du 17 novembre 2014.

c. Par arrêt du 23 avril 2019 (ATAS/355/2019), la chambre de céans a partiellement admis le recours. Elle a annulé la décision de la SUVA du



---

24 mai 2018 et lui renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a relevé des contradictions entre les avis des Drs G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, qui s'accordaient sur la stabilisation au 31 mai 2016 mais pas sur la prise en charge des interventions pratiquées en 2017 et 2018, lesquelles relevaient de rechutes à la charge de la SUVA selon le Dr G\_\_\_\_\_ et d'une atteinte dégénérative selon la Dre L\_\_\_\_\_. Cette dernière avait justifié sa position de manière détaillée. Cela étant, aucun de ces médecins n'avait examiné la question de la décompensation d'un état antérieur évoquée par la Dre B\_\_\_\_\_ et par le Dr C\_\_\_\_\_ en octobre 2015, pas plus que le *statu quo ante vel sine*. Ces médecins avaient également exclu un lien de causalité naturelle entre l'atteinte du genou gauche et l'accident, que le Prof. J\_\_\_\_\_ avait admise en raison d'une surcharge liée à l'utilisation de béquilles, point qui n'avait pas été examiné. Partant, les rapports des Drs G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ étaient lacunaires et une expertise devait être mise en œuvre.

**E. a.** Par courrier du 7 août 2019, la SUVA a informé l'assuré de son intention de confier une expertise au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et lui a imparti un délai pour se déterminer sur la désignation de cet expert et la liste de questions qui lui seraient soumises.

**b.** L'OAI a confié une expertise de l'assuré au docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui dans son rapport du 26 août 2019, a en substance conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de plaquiste depuis l'accident du 17 novembre 2014, mais totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites, possible à temps complet « *a priori* depuis 2016 » (*sic*).

**c.** La SUVA et l'assuré ont eu plusieurs échanges de correspondances au sujet de la désignation à titre d'expert du Dr M\_\_\_\_\_, l'assuré demandant sa récusation. Il a mis en cause l'impartialité de ce médecin. Selon l'assuré, le Dr N\_\_\_\_\_ lui aurait déclaré qu'il avait adressé une copie de son rapport au Dr M\_\_\_\_\_ et que celui-ci se rallierait à ses conclusions.

**d.** Le recours interjeté par l'assuré contre la décision incidente du 18 novembre 2019 de la SUVA confirmant la désignation en qualité d'expert du Dr M\_\_\_\_\_ a été rejeté par la chambre de céans (ATAS/498/2020 du 23 juin 2020). Elle a retenu que celui-ci ne donnait aucune apparence de prévention. En particulier, le fait que le Dr N\_\_\_\_\_ lui avait transmis son rapport ne suffisait pas à considérer qu'il avait une opinion préconçue de la situation.

**F. a.** Le 5 novembre 2020, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice à l'encontre de la SUVA, se plaignant du délai de 32 mois écoulé depuis le dernier arrêt de la chambre de céans.

**b.** Le Dr M\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 18 décembre 2020, retenant que la capacité de travail était nulle dans une activité exercée essentiellement debout, impliquant le port de charges relativement lourdes et des déplacements

sur des sols irréguliers. Elle était en revanche totale dans une activité légère semi-assise et sans port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive, sans déplacements fréquents sur sols irréguliers, pentes, escaliers ou des échelles.

L'expert a précisé qu'en raison de la récente intervention d'octobre 2020, l'assuré portait une attelle et son examen n'avait pas pu être complet.

Il a retenu les diagnostics de status après contusion +/- (*sic*) entorse du genou droit sur chute en novembre 2014 ; de status après mise en évidence d'une chondrocalcinose importante du genou droit sur les clichés initiaux ; de status après résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit le 29 janvier 2015 en raison d'une anse de seau ; de status après nouvelles lésions de la partie postérieure du ménisque interne restante du genou droit, réséquées par arthroscopie les 1<sup>er</sup> juin 2017, 29 mars 2018 et 24 octobre 2018 ; de status après nouvelle lésion de la corne postérieure du ménisque interne, associée à une chondropathie de stade III-IV du condyle interne du genou droit et microfractures, traitée par résection méniscale et mise en place de greffon cartilagineux suivies d'une ostéotomie de valgisation de soustraction le 23 octobre 2020.

Les déchirures méniscales répétitives de l'assuré relevaient de lésions assimilées à un accident selon la réglementation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. Ces atteintes étaient manifestement imputables à la chondrocalcinose, qui devenait la cause principale de la problématique compte tenu de son évolution après une première crise. Le Dr M\_\_\_\_\_ a fixé le *statu quo sine* au 4 août 2015, à la sortie de la CRR.

**c.** La chambre de céans a rejeté le recours pour déni de justice de l'assuré par arrêt du 26 janvier 2021 (ATAS/41/2021), retenant qu'on ne pouvait reprocher un manque de célérité à la SUVA.

**d.** Par courrier du 3 février 2021 à la SUVA, l'assuré a déclaré contester entièrement l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_.

Le 16 avril 2021, il a complété ses objections au sujet de l'expertise, en relevant notamment que l'examen qui la fondait n'avait pas pu être complet en raison de la dernière intervention subie le 23 octobre 2020 lui imposant le port d'une attelle.

Il a joint un rapport du Prof. J\_\_\_\_\_ du 26 mars 2021, dans lequel celui-ci relatait pour l'essentiel le traitement qu'il avait prodigué.

**e.** La SUVA a requis un complément d'expertise auprès du Dr M\_\_\_\_\_, qui l'a établi le 10 septembre 2021, après un nouvel examen. Celui-ci a noté que l'assuré déclarait avoir repris une activité à 100% en février 2021, ayant acquis une entreprise de peinture comprenant cinq employés. Il s'occupait essentiellement du démarchage, du métrage et des devis, des réunions de chantier et de la surveillance du personnel. Il ne portait aucune charge et ne réalisait quasiment pas de travaux de peinture. Il n'avait presque plus aucune douleur, pouvait monter des

pentilles sans problème et éprouvait quelques difficultés lors de descentes raides et dans les escaliers. Il considérait avoir récupéré une mobilité complète du genou. L'expert a confirmé ses précédents diagnostics, ajoutant que le genou droit était actuellement asymptomatique et ne présentait pas de limitations fonctionnelles. Il a commenté en détail les objections du Prof. J\_\_\_\_\_ du 26 mars 2021 et celles de l'assuré, qu'il a réfutées, affirmant s'en tenir *au statu quo sine* défini dans son précédent rapport. L'aggravation de l'état antérieur par la chute de 2014 n'était que transitoire, les rechutes régulières depuis lors étant dues à la pathologie rhumatismale.

**f.** La Dre L\_\_\_\_\_ s'est prononcée le 8 novembre 2021 sur le complément d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_. Elle ne pouvait que confirmer le diagnostic de chondrocalcinose décrite déjà en 2014, ainsi que les explications détaillées de l'expert, à l'appréciation duquel elle se ralliait. Elle a admis s'être concentrée sur l'atteinte méniscale à droite dans son avis du 24 août 2018 et avoir minimisé la chondrocalcinose, dont l'impact était pourtant majeur, surtout dans le cadre d'une activité professionnelle contraignante pour les articulations. Partant, elle reconnaissait une décompensation par l'accident de l'état préexistant du genou droit, et rejoignait le Dr M\_\_\_\_\_ sur la guérison en six à neuf mois d'une résection méniscale *a minima* en présence d'une maladie rhumatismale, et sur le *statu quo* défini par cet expert. Elle a admis que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été estimée en raison de l'arthrose, celle-ci étant cependant imputable à la maladie rhumatismale.

**g.** Dans un courrier du 4 janvier 2022, l'assuré a mentionné avoir subi le 8 décembre 2021 une opération pratiquée par le Prof. J\_\_\_\_\_, consistant en l'ablation de la plaque posée en octobre 2020. Il a produit un compte rendu opératoire notant l'absence de signes macroscopiques de chondrocalcinose, de même que les résultats de la biopsie. Il a également produit un rapport du Prof. J\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2021 confirmant l'excellent aspect macroscopique et microscopique de l'allogreffe ostéochondrale du condyle interne et l'absence de chondrocalcinose. Selon l'assuré, de toute évidence, la pathologie invoquée par l'expert n'était pas prépondérante, et n'expliquait pas les nombreux dérochements, douleurs, blocages et instabilités du genou durant les sept dernières années. L'assuré a contesté la stabilisation de son état en août 2015, dès lors qu'il n'avait jamais été en mesure d'exercer une activité jusqu'en janvier 2021.

**h.** Invité à prendre position sur les arguments du Prof. J\_\_\_\_\_ et à s'expliquer sur les résultats obtenus par la dernière intervention compte tenu de la chondrocalcinose incriminée, le Dr M\_\_\_\_\_ s'est déterminé le 28 mars 2022 en confirmant la teneur de son rapport d'expertise du 10 septembre 2021.

**i.** Le 30 juin 2022, l'assuré a contesté le second complément du Dr M\_\_\_\_\_.

**j.** Par décision du 19 septembre 2022, la SUVA a retenu que les troubles du genou droit dont souffrait l'assuré n'étaient plus en relation de causalité au degré

de la vraisemblance prépondérante avec l'évènement du 17 novembre 2014. De ce fait, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 17 novembre 2014 pouvait être considéré comme atteint depuis le 4 août 2015 au plus tard. La SUVA mettait ainsi fin aux prestations d'assurance à cette date. Cependant, à bien plaisir, elle renonçait à demander le remboursement des prestations d'assurance versées à tort pour la période du 5 août 2015 au 31 août 2018.

**k.** L'assuré s'est opposé à cette décision le 21 octobre 2022. Il a en substance fait valoir que l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ ne remplissait pas les conditions d'impartialité requises, soutenant que celui-ci s'était mis d'accord avec le Dr N\_\_\_\_\_.

**l.** Par décision du 7 avril 2023, la SUVA a rejeté l'opposition.

- G. a.** Par écriture du 12 mai 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Il a conclu, préalablement, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de verser à la procédure l'ensemble des pièces de son dossier ; à ce qu'une expertise soit mise en œuvre sur l'ampleur et l'évolution de la chondrocalcinose entre le 17 novembre 2014 et le 31 décembre 2020, sur son impact sur le lien de causalité entre l'accident et ses troubles, sur la question de la décompensation d'un état antérieur ainsi qu'un éventuel *statu quo ante vel sine*, de même que sur le point de savoir si les traitements prodigués du 17 novembre 2014 au 5 août 2015 avaient été adéquats ou avaient contribué à dégrader son état de santé ; à son audition et celles du Dr M\_\_\_\_\_ et du Prof. J\_\_\_\_\_ ; principalement à l'annulation de la décision du 7 avril 2023 ; à ce qu'il soit dit que son état de santé résultant de l'accident du 17 novembre 2014 n'était pas stabilisé au 4 août 2015 ; à ce qu'il soit dit que son état de santé résultant de l'accident du 17 novembre 2014 était stabilisé au 31 décembre 2020 ; et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais des traitements médicaux entraînés par l'accident du 17 novembre 2014 et le cas échéant, ses rechutes.

Le recourant a en substance soutenu que l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ n'était pas probante.

**b.** Dans sa réponse du 25 mai 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, affirmant que l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ devait être suivie.

**c.** Dans sa réplique du 29 juin 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

**d.** La chambre de céans a entendu les parties le 7 mai 2024.

Le recourant a précisé conclure uniquement au versement d'indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2020 et à la prise en charge des frais dentaires liés à la chute du 16 mars 2017. Il a décrit l'évolution de son état de santé, faisant état de gonflements du genou qui avaient commencé après l'opération de janvier 2015. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait pratiqué quatre à cinq injections de cortisone, restées sans effet, et c'était dès ce moment que le genou avait commencé à prendre des couleurs lors de gonflements et à être instable, et que les douleurs

s'étaient aggravées. L'opération de janvier 2015 n'avait pas guéri le genou droit, et ce point pourrait faire l'objet d'un complément d'expertise. Il a confirmé l'amélioration de son état de santé après l'intervention de 2020 et l'absence de limitations fonctionnelles depuis. Il a contesté la survenance d'une rechute, en l'absence de stabilisation préalable de son état de santé.

L'intimée a contesté ce point, affirmant avoir pris en charge une rechute liée à une nouvelle intervention du Prof. J \_\_\_\_\_ à partir du 31 mai 2017, et versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2018, selon une décision annulée par la chambre de céans, dont l'arrêt avait conduit à la mise en œuvre de l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_. Elle renonçait à demander la restitution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, non due. Il n'y avait pas d'autre rechute. Le sinistre dentaire annoncé n'avait pas été examiné et ne faisait pas partie du litige.

Le recourant a déclaré que « *le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité versée irait en déduction de la somme totale des indemnités journalières dont [il réclamait] le paiement* ». S'agissant du traitement dentaire, il faisait bien partie du litige.

L'intimée a contesté que le Dr M \_\_\_\_\_ se soit déterminé de manière abstraite ou théorique sur le *statu quo sine*, comme le soutenait le recourant.

Ce dernier a sollicité la confrontation du Dr M \_\_\_\_\_ et du Prof. J \_\_\_\_\_.

e. Dans son écriture du 22 mai 2024, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

f. Dans ses observations du 5 juin 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété que la prise en charge des soins dentaires faisait l'objet de la procédure, dès lors qu'elle avait été implicitement refusée dans la décision de l'intimée du 7 avril 2023 puisque celle-ci fixait le *statu quo* à une date antérieure.

g. Le 31 juillet 2024, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

## **EN DROIT**

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

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

2. S'agissant de la recevabilité du recours, les conditions de délai et de forme prévues aux art. 56ss LPGA sont remplies.

**2.1** Au sujet des conclusions tendant à la prise en charge des frais dentaires en lien avec la chute alléguée en mars 2017, on rappellera que dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls peuvent en principe être examinés et jugés les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, en règle générale sur opposition. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 12/01 du 9 juillet 2001 consid. 1).

**2.2** En l'espèce, la décision dont est recours est celle portant sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 4 août 2015. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait considérer qu'elle statue implicitement sur la prise en charge des soins dentaires en l'excluant, au motif qu'elle mettrait un terme aux prestations à une date antérieure. Le droit éventuel à la prise en charge des soins dentaires – le cas échéant dans le cadre d'une rechute – n'a en effet jamais été examiné par l'intimée dans une décision, de sorte que la conclusion dans ce sens est exorbitante au présent litige, et partant irrecevable.

**2.3** Le recours est en revanche recevable en tant qu'il porte sur le droit aux indemnités journalières après le 31 mai 2016, étant rappelé que la SUVA a déjà versé des indemnités journalières de CHF 32.50 du 22 mars 2017 au 31 août 2018.

- 3.** 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).

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10% au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

- 4.** À teneur de l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de

l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

5. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2).

**5.1** Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans les assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1).

**5.2** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour imputable ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). Aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

(arrêts du Tribunal fédéral 8C\_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1 et 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.2).

**5.3** En cas d'accident, il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le *statu quo ante* ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les références). Déterminer l'avènement du *statu quo sine* d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion ne suffit selon la jurisprudence pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité, à défaut d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C\_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

**5.4** L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 – applicable à la présente procédure eu égard à la date de l'accident initial, conformément aux principes de droit intertemporel selon lesquels la législation applicable en cas de changement de règles de droit est en principe celle en



vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1) –, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident.

**5.4.1** L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 la liste des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, soit notamment les déchirures du ménisque (let. c).

**5.4.2** Pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, toutes les conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA devaient être réalisées, à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 3.2).

La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 4.2). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2 et les références citées). Dans le cas contraire, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2).

**5.4.3** La jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancien droit a admis que les règles sur les lésions assimilées sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9

---

al. 2 OLAA, on ne voit pas, *a fortiori*, que cette réglementation spécifique ne doit pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2, cf. également arrêts du Tribunal fédéral 8C\_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.3 et 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

On relèvera à ce sujet que la situation diffère sous le nouveau droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, qui contient à l'art. 6 al. 2 LAA une liste de lésions corporelles pour lesquelles l'assurance verse également des prestations, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. La jurisprudence considère désormais que dans l'hypothèse d'un accident dont la survenance est admise, lorsqu'un assuré présente une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et qu'il n'y a pas de place pour l'analyse du droit aux prestations en vertu de la réglementation sur les lésions assimilées (ATF 146 V 51 consid. 9.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1).

6. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être

soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

D'après la jurisprudence, lorsque des expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 5.2.3, cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4).

7. L'intimée se fonde sur l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ et ses compléments pour fonder sa position.

**7.1** Dans son rapport, celui-ci a indiqué que le traumatisme du 17 novembre 2014 avait induit une symptomatologie significative, soit un épanchement intra-articulaire volumineux et des douleurs. Une chondrocalcinose, soit une maladie rhumatismale consistant en une arthrite à dépôt de cristaux de calcium pyrophosphate, avait été constatée sur les clichés réalisés le jour même. Ces calcifications intra-méniscales importantes étaient préexistantes à l'événement, car elles ne pouvaient pas se développer en moins d'un jour. Cette pathologie semblait avoir été minimisée par la suite et ne pas avoir été vraiment prise en compte dans l'évolution du genou droit, malgré sa mention dans la majorité des documents médicaux. Ce point était très surprenant, car cette atteinte avait des implications certaines dans l'évolution de l'articulation touchée, mais également dans l'interprétation des examens radiologiques et en particulier des IRM. Si la chondrocalcinose, en raison des micro-calcifications diffuses dans l'articulation, était bien visible sur les radiographies, elle n'était que très difficilement, voire pas du tout diagnostiquable sur une IRM. De plus, les microcalcifications entraînaient des modifications de la structure du ménisque, qui pouvaient mimer des déchirures lors d'un tel examen, et il était ainsi très difficile d'interpréter l'état du ménisque par ce moyen. Le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé que la présentation clinique de la chondrocalcinose était typiquement la survenance d'un épanchement, avec un érythème et une chaleur autour de l'articulation atteinte, le plus couramment le genou, et a donné plusieurs informations sur la pathogénèse et les traitements – qu'il a qualifiés de souvent décevants – de cette atteinte, en précisant qu'elle était rare chez les sujets de moins de 60 ans. Il a cité plusieurs études médicales qui

établissaient un risque de genou dégénératif plus important en cas de chondrocalcinose. Au vu de cet élément, l'évolution défavorable depuis 2014 n'était pas surprenante. Les atteintes chroniques lors d'une chondrocalcinose évoluaient vers des destructions cartilagineuses et donc une arthrose secondaire, surtout chez les personnes relativement jeunes. Chez le recourant, le premier médecin semblait avoir été attentif à cette maladie, puisqu'il avait décidé tout d'abord un traitement conservateur, suivi d'une première arthroscopie en l'absence de progrès. Au vu des IRM pré- et post-opératoires, la résection méniscale ne paraissait pas avoir été trop importante, l'anse de seau devant être relativement petite. Après cette intervention, il y aurait eu lieu d'être très prudent quant à une nouvelle intervention chirurgicale. Le raisonnement du Prof. J\_\_\_\_\_ pour justifier une nouvelle arthroscopie pouvait se défendre dans le cas d'un ménisque dégénératif qui aurait induit une languette aboutissant à des blocages et des lâchages. Cependant, on ne se trouvait pas dans une telle situation, et le fait de réopérer régulièrement pour réséquer de plus en plus le ménisque ne pouvait pas stopper cette maladie rhumatismale. La production de cristaux de calcium pyrophosphates continuait et ceux-ci allaient toucher les cartilages et aboutir à une chondropathie plus ou moins importante, puis finalement une arthrose. Ceci expliquait l'apparition au fil des quatre arthroscopies et des multiples IRM d'une diminution de l'épaisseur cartilagineuse du condyle fémoral interne et de la rotule, évolution bien connue dans le cadre d'une telle maladie. Le Dr M\_\_\_\_\_ était néanmoins surpris par les cinq arthroscopies réalisées au total et la mise en évidence à chaque fois d'une atteinte méniscale, la première fois en anse de seau, puis sous forme de languette par la suite. L'expert a souligné que le ménisque était une relativement petite structure et que si un morceau avait été réséqué à chaque arthroscopie, il peinait à comprendre qu'il en reste assez pour entraîner à nouveau des déchirures suffisantes aboutissant à des blocages, d'autant moins que le Prof. J\_\_\_\_\_ avait indiqué après la troisième arthroscopie être allé jusqu'au mur méniscal, donc avoir ôté toute la corne postérieure. Il s'interrogeait également sur le dernier traitement. Dans le cadre d'une chondrocalcinose, il comprenait mal l'espoir d'une amélioration par greffe cartilagineuse. Même si cette dernière s'incorporait correctement, elle serait forcément touchée par contact par cette maladie, avec un résultat risquant d'être très décevant à court terme. En l'état actuel des connaissances, en-dehors des traitements par anti-inflammatoires, corticoïdes ou colchicine, la seule autre façon de stabiliser la situation consistait en la mise en place d'une prothèse, lorsque le cartilage était suffisamment usé. Cette solution donnait un bon résultat selon les études.

Concernant la causalité naturelle entre l'accident et l'évolution du genou droit, le traumatisme était survenu sur un état antérieur manifeste. L'expert a retenu que les déchirures méniscales répétitives de l'assuré relevaient de lésions assimilées à un accident selon la réglementation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. Ces atteintes étaient manifestement imputables à la chondrocalcinose. Le recourant présentait en outre au genou droit une chondropathie de stade III - IV du condyle

interne, survenue progressivement après l'événement, dans le cadre de l'évolution classique d'une chondrocalcinose. Cette chondropathie n'avait pas été provoquée ou décompensée par l'événement. S'agissant de la décompensation d'un état antérieur, le traumatisme avait pu être un facteur aggravant d'une lésion méniscale préexistante liée à la chondrocalcinose. Même si cette décompensation ne pouvait être prouvée de manière probante, on ne pouvait pas l'exclure. Dans ce contexte, on pouvait reconnaître une aggravation de cet état antérieur, et ainsi admettre la prise en charge de la première arthroscopie, au moins à but diagnostique. L'état s'était à nouveau dégradé par la suite et avait nécessité d'autres investigations, puis de nouvelles interventions chirurgicales. L'évolution défavorable aurait dû commencer à remettre en question la causalité naturelle avec le traumatisme des plaintes perdurant au vu de cette maladie rhumatismale, d'autant plus que lors de la sortie de la CRR, les médecins notaient une évolution légèrement favorable et une mobilité complète malgré une douleur au niveau de l'interligne fémoro-tibial interne, une marche sans boiterie et un épanchement désormais discret. On pouvait estimer que la chondrocalcinose devenait la cause principale de la problématique compte tenu de son évolution après une première crise, et définir un *statu quo sine*. Normalement, une lésion méniscale traumatique ayant entraîné une petite résection se guérissait en deux à trois mois. Dans le cadre d'une maladie rhumatismale, on pouvait admettre un délai prolongé jusqu'à six à neuf mois. Chez le recourant, on pouvait retenir que ce *statu quo sine* était atteint à la sortie de la CRR, au plus tard le 4 août 2015. Au vu du *statu quo sine* posé, il n'aurait pas dû y avoir d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisque les troubles dégénératifs n'étaient plus dus au traumatisme, mais à l'évolution arthrosique de la chondrocalcinose.

Le recourant présentait également des déchirures méniscales assimilées à un accident au genou gauche, liées à la chondrocalcinose. Ces troubles cartilagineux étaient survenus progressivement, dans le cadre de l'évolution classique d'une telle atteinte. Ils n'avaient pas été provoqués ou décompensés par l'événement, mais relevaient d'une pathologie intercurrente. Une première arthroscopie, effectuée environ dix ans plus tôt, était mentionnée lors de l'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 23 juin 2015, soit un problème préexistant. Lors du traumatisme, aucun problème n'était signalé au genou gauche. Ce n'était que le 27 septembre 2017, soit presque trois ans plus tard, qu'une deuxième arthroscopie de cette articulation avait eu lieu. Le lien de causalité retenu par le Prof. J. \_\_\_\_\_ dans son avis du 9 janvier 2018 entre les douleurs du genou droit et celles du genou gauche n'était pas probant, une atteinte d'une articulation controlatérale portante par surcharge n'ayant jamais été prouvée et la chondrocalcinose touchant plusieurs articulations. Par ailleurs, le recourant disait ne plus avoir eu de problème au genou gauche depuis cette intervention, ce qui était cependant contredit par l'IRM du 1<sup>er</sup> mai 2018, qui montrait à nouveau une lésion du ménisque interne résiduel, fréquente en cas de chondrocalcinose. En conclusion, le genou gauche était en train de suivre le même parcours que le droit, en raison

de l'arthropathie microcristalline, et non en relation avec une surcharge d'utilisation. La causalité naturelle entre les atteintes du genou gauche et l'événement du 17 novembre 2014 n'était donc pas vraisemblable.

**7.2** Dans son complément d'expertise du 10 septembre 2021, le Dr M\_\_\_\_\_ a complété l'examen clinique, qui a révélé un très léger empâtement persistant du genou droit, mais une fonction en flexion-extension tout à fait symétrique au côté gauche, et une amyotrophie de 2 cm du quadriceps droit par rapport au côté controlatéral. S'agissant du rapport du Prof. J\_\_\_\_\_ du 26 mars 2021, il n'évoquait pas la problématique liée à la chondrocalcinose et ne prenait pas position sur les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_. Quant au recourant, il n'avancé aucun élément médical pour contester l'expertise, et en particulier la chondrocalcinose. Le reproche du recourant sur le fait que l'expert n'aurait pas procédé à d'autres analyses à la recherche d'éventuelles autres pathologies était sans pertinence sur le plan de la causalité naturelle, car les clichés initiaux et les suivants suffisaient à poser le diagnostic de chondrocalcinose. Le fait que le genou gauche ne connaisse pas les mêmes limitations ne suffisait pas à admettre un lien de causalité entre l'accident et les troubles du genou droit, l'évolution des articulations controlatérales étant très aléatoire par rapport à une même pathologie. La chondrocalcinose elle-même avait une évolution très variable et très différente d'un individu à l'autre. Le fait que le recourant ne souffre désormais plus du genou droit ne signifiait pas qu'une dégradation avec un risque d'arthrose secondaire sévère ne pouvait pas se produire. Le recourant soutenait que le rapport d'IRM du genou droit du 27 novembre 2014 ne montrait pas d'anomalie pathologique. Cependant, les clichés radiologiques réalisés après l'accident montraient bien une chondrocalcinose, et l'IRM mentionnait une large lésion fissuraire oblique de la corne postérieure du ménisque interne atteignant la surface articulaire, confirmant pour l'expert une déchirure, associée à une amputation du bord libre du versant externe de la corne postérieure du ménisque interne. Il y avait donc bien une atteinte. Partant, le rapport du Prof. J\_\_\_\_\_ du 26 mars 2021 et les remarques du recourant n'apportaient pas d'élément susceptible de modifier les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_.

**7.3** Le Dr M\_\_\_\_\_ a également répondu le 28 mars 2022 aux remarques du Prof. J\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2021.

Il a noté que l'absence de pseudo-goutte chez le recourant n'était pas un critère suffisant pour exclure une chondrocalcinose, car la majorité des patients atteints de chondrocalcinose ne présentait pas de tels phénomènes. Il était vrai que 75% des chondrocalcinoses paraissaient asymptomatiques et étaient souvent des découvertes fortuites sur des radiographies. Cependant, un examen approfondi pouvait révéler des manifestations d'un trouble arthritique. De plus, chez le recourant, les médecins avaient au début voulu traiter une déchirure méniscale interne qui semblait banale. Or, après la première intervention, un état inflammatoire chronique fluctuant avait perduré malgré cinq injections de

cortisone, et même après le séjour à la CRR. Cette évolution particulière ne pouvait être expliquée uniquement par une résection méniscale interne partielle. En l'absence d'autres facteurs médicaux mis en évidence, on devait considérer que la chondrocalcinose jouait un rôle important dans cette évolution négative.

Selon le Dr M\_\_\_\_\_, qui s'est référé à un article sur ce point, il était faux d'affirmer que la gonarthrose par chondrocalcinose survenait selon une topographie différente de celle trouvée chez le recourant. Il était également faux de soutenir que les chondrocalcinoses symptomatiques étaient souvent polyarticulaires et ne créaient pas d'instabilité, mais des douleurs avec un syndrome local inflammatoire que n'avait jamais présenté le recourant. De plus, ce dernier avait bien gardé des signes inflammatoires chroniques et des douleurs depuis l'événement. Concernant l'instabilité, il était important de souligner que les médecins ne l'avaient pas décrite au départ, et que des dérobolements étaient mentionnés pour la première fois en juillet 2016 par le Dr E\_\_\_\_\_. De plus, l'IRM du 5 août 2016 ne montrait aucune lésion ligamentaire, mais seulement une atteinte perdurant des cornes postérieures des deux ménisques avec une chondropathie fémoro-tibiale interne débutante. Même le Prof. J\_\_\_\_\_ ne décrivait pas de laxité pathologique lors de sa prise en charge initiale ou dans le protocole opératoire de juin 2017, et mentionnait une instabilité sur la lésion cartilagineuse du condyle fémoral interne seulement dans un courrier du 19 juillet 2017. Dans ce contexte, on ne pouvait pas exclure la chondrocalcinose comme cause de cette symptomatologie mécanique.

S'agissant du fait que la symptomatologie ne correspondrait pas au diagnostic différentiel pour la chondrocalcinose, le Dr M\_\_\_\_\_ a noté que cette atteinte induisait une perte d'élasticité et d'homogénéité des ménisques, et partant de leur effet amortissant, puis secondairement une arthrose. Il s'agissait ainsi bien d'un diagnostic différentiel pertinent. L'affirmation du Prof. J\_\_\_\_\_ sur le caractère incertain de l'association entre arthrose et dépôts de cristaux de calcium était fautive, selon la méta-analyse ressortant d'une étude sur ce point. Quant à l'excellent résultat de la greffe ostéochondrale du 23 octobre 2020, qui démontrerait que la chondrocalcinose n'était pas responsable des douleurs, il était vraisemblablement lié en grande partie à l'effet lavage du genou, et au repos et à la charge partielle liée à l'ostéotomie tibiale de valgisation. Le fait que la greffe ne montre pas de foyer de calcinose n'était pas une preuve irréfutable, car on ne savait pas comment elle fonctionnait, les cellules étant disposées de manière aléatoire sans évidence d'alignement. Compte tenu du délai relativement court entre cette greffe et la biopsie, on ne pouvait pas garantir que l'évolution resterait favorable. Les études montraient que ces greffes étaient correctes à 24 mois et commençaient à se délaminer après trois à cinq ans. Elles servaient à retarder l'implantation d'une prothèse mais ne permettaient pas de retrouver une articulation normale. De plus, le pyrophosphate s'alliait au calcium pour former des microcristaux essentiellement dans la synovie et les tissus adjacents, de sorte

qu'il n'était pas surprenant qu'à moyen terme, il n'y en ait pas dans les chondrocytes implantés. Il s'agissait en effet d'une allogreffe. Cela expliquait également le résultat de la biopsie qui ne révélait pas de microcristaux.

En conclusion, le Dr M\_\_\_\_\_ s'en tenait à son précédent rapport.

8. Il y a lieu d'examiner si l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ satisfait les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

**8.1** Il convient en préambule de souligner que les griefs du recourant quant au défaut d'impartialité de ce médecin ont déjà été tranchés par la chambre de céans, et qu'il n'existe aucun motif de s'écarter de cette appréciation. On se contentera d'ajouter que le recourant se prévaut dans ce cadre avant tout d'agissements du Dr N\_\_\_\_\_, ce qui à l'évidence ne suffit pas à fonder une apparence de prévention du Dr M\_\_\_\_\_. De plus, il est usuel – voire même indispensable – qu'un expert prenne connaissance des conclusions des autres médecins, sur lesquelles il lui est généralement demandé d'exposer pourquoi il s'en écarte ou s'y rallie. Dans ces circonstances, la connaissance du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ ne peut pas être reprochée au Dr M\_\_\_\_\_. Il n'existe de plus aucun indice que ces médecins se seraient entendus sur les conclusions de leurs expertises respectives.

**8.2** En outre, l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ et ses compléments répondent en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux. Ils sont fondés sur l'étude du dossier complet du recourant, sur son anamnèse et ses plaintes, et ont été établis après une analyse approfondie des documents radiologiques et plusieurs examens cliniques. Ce médecin a posé des diagnostics clairs et ses conclusions sont solidement motivées, et étayées par de nombreuses références à la littérature.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a en outre répondu point par point aux critiques du Prof. J\_\_\_\_\_ et du recourant, citant dans ce cadre les références scientifiques sur lesquelles il fondait sa position.

Tant son rapport initial que ses compléments sont convaincants et exempts de contradictions, et les explications sur ses divergences avec le Prof. J\_\_\_\_\_ sont solidement motivées, de sorte que son expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

La chambre de céans ne s'écartera ainsi pas des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_, selon lesquelles les troubles du recourant n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident dès le 4 août 2015, mais étaient manifestement imputables à la chondrocalcinose.

Cette expertise permet également d'exclure un lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles du genou gauche.

On peut ici préciser que ce médecin a établi le lien de causalité entre la chondrocalcinose et les troubles du genou droit subsistant après le 4 août 2015 non pas selon la vraisemblance prépondérante, comme semble le retenir l'intimée



dans sa décision, mais bien au degré de preuve requis en matière de lésions assimilées sous l'ancien droit, puisqu'il a indiqué que les troubles du recourant au genou droit subsistant après août 2015 étaient « manifestement imputables » à la chondrocalcinose.

**8.3** Les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ sont en outre corroborées par les avis de la Dre L\_\_\_\_\_. Dans son appréciation d'août 2018, celle-ci, sans analyser de manière particulièrement poussée l'incidence de la chondrocalcinose dans le cas du recourant, avait déjà relevé que la lésion méniscale initiale en anse de seau avait été réparée par le geste pratiqué par le Dr C\_\_\_\_\_. On observera que le Dr D\_\_\_\_\_ semblait lui aussi pencher en faveur du caractère dégénératif de la lésion méniscale. En octobre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ mentionnait lui aussi la décompensation d'une arthrose – soit un phénomène dégénératif – après une déchirure du ménisque interne, sans toutefois soutenir que ladite décompensation était induite par la lésion méniscale. Les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ dans ses rapports du 28 juillet et du 17 août 2016 semblent également conforter la position du Dr M\_\_\_\_\_, puisque ce rhumatologue notait d'une part une arthrose qui s'aggraverait même en cas d'arthroscopie, et d'autre part qu'une telle intervention n'améliorerait pas l'instabilité si celle-ci n'était pas due à la lésion méniscale. Or, le recourant a subi plusieurs arthroscopies sans résultats significatifs, ce qui tendrait selon l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ à démontrer que la lésion méniscale n'était pas à l'origine de l'instabilité. Le Prof. J\_\_\_\_\_ a lui-même attesté le 19 juillet 2017 que les lésions du genou droit constatées lors de l'arthroscopie du 1<sup>er</sup> juin 2017 n'existaient pas sur l'IRM effectuée après l'intervention du 20 janvier 2015. Ce long délai d'apparition de ces lésions tend également à accréditer l'absence de lien de causalité avec l'accident de novembre 2014, un raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* n'étant pas suffisant pour fonder une telle relation, comme on l'a vu. Quant à la nouvelle lésion méniscale rapportée par le Prof. J\_\_\_\_\_ en février 2018 à la suite d'une chute, on peut se demander si celle-ci ne relèverait le cas échéant pas d'un nouvel accident, dont l'intimée ne répondrait pas nécessairement, au vu du lien de causalité entre l'instabilité du genou droit et l'événement initial écarté par les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_.

**8.4** Les arguments avancés par le Prof. J\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 novembre 2021 ont été écartés de manière probante par le Dr M\_\_\_\_\_ dans ses compléments d'expertise, comme on l'a vu. On soulignera du reste que le chirurgien traitant entend notamment nier l'existence d'une chondrocalcinose dans son rapport de novembre 2021, au motif que le recourant n'aurait jamais présenté de syndrome inflammatoire chronique. Or, le recourant a bien déclaré lors de son audition que depuis 2015, son genou présentait des rougeurs, des douleurs et un gonflement, soit des symptômes classiques d'une inflammation (cf. sur ce point [Inflammation — \[Wikipédia \(wikipedia.org\)\]](#)).

Le recourant soutient pour l'essentiel que la chondrocalcinose n'aurait pas été importante, au vu des termes utilisés par les médecins dans leurs rapports pour la

décrire. Cependant, même s'il fallait retenir que la chondrocalcinose était peu étendue, cela n'ôterait rien à la pertinence des explications du Dr M\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la prévalence plus importante de la chondrocalcinose chez des patients âgés ne signifie pas qu'elle ne peut pas affecter des sujets de l'âge du recourant, et il est dans le cas d'espèce indubitable que cette pathologie a bien été diagnostiquée sur plusieurs radiographies – dont celles concomitantes à l'accident – et relevée par des médecins traitants. On soulignera encore qu'une radiographie du genou droit du 1<sup>er</sup> décembre 2020 mentionnait encore une chondrocalcinose méniscale externe marquée.

S'agissant du fait que le *statu quo sine* aurait été déterminé de manière théorique et abstraite par le Dr M\_\_\_\_\_, les principes dégagés par la jurisprudence se réfèrent avant tout à la fixation du *statu quo* selon l'évolution habituelle et prévisible d'une lésion, alors que dans le cas d'espèce, l'expert s'est prononcé *a posteriori*, après examen de l'ensemble des pièces du dossier et des documents radiologiques, soit en fonction de l'évolution concrètement observée. Ce point de l'expertise ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

**8.5** Par surabondance, dès lors que le recours porte sur le droit aux indemnités journalières, subordonné à la non-stabilisation de l'état de santé, force est de constater qu'aucun traitement particulier n'était sérieusement envisagé après le 31 mai 2016, date à laquelle l'intimée a mis pour la première fois un terme à ses prestations. Partant, pour ce motif également, le droit aux indemnités journalières ne saurait être admis. De plus, les médecins de la CRR considéraient – de façon il est vrai prospective – que l'état serait stabilisé quelque trois mois après la fin du séjour du recourant dans cet établissement. Le Dr D\_\_\_\_\_ préconisait en particulier essentiellement des séances de rééducation et une adaptation et l'antalgie à la sortie de la CRR, soit des mesures médicales qui ne suffissent pas à exclure une stabilisation, conformément à la jurisprudence citée. Les brefs rapports du médecin des HUG de novembre et décembre 2015 dont se prévaut le recourant, qui mentionnent uniquement la poursuite de la physiothérapie, n'y font pas non plus obstacle, pour les mêmes motifs. S'il est vrai que le recourant a par la suite subi plusieurs interventions – lesquelles ne sont cependant selon les constatations de l'expert pas en lien de causalité avec une lésion d'origine accidentelle – il faut rappeler que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2). Or, à la date du *statu quo* fixée par le Dr M\_\_\_\_\_, aucun traitement censé amener une amélioration significative n'était envisagé. En octobre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a certes évoqué une ostéotomie de valgisation, sans toutefois poser d'indication concrète et immédiate ou même à moyen terme à une telle intervention, puisqu'il a qualifié cette option thérapeutique d'éventualité.

Le recourant soutient encore que la stabilisation de l'état de santé ne pourrait pas être admise jusqu'à janvier 2021, puisqu'il aurait été jusqu'à cette date incapable d'exercer une activité. Sur ce point, la chambre de céans relève d'une part que la persistance d'une incapacité de travail ne signifie pas que l'état n'est pas stabilisé. D'autre part, s'il n'est pas contesté que l'incapacité de travail est totale et définitive dans la profession habituelle depuis l'accident de novembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ mentionnait une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès octobre 2015, et la Dre B\_\_\_\_\_ retenait également l'exigibilité d'une activité adaptée en janvier 2016. Aucun médecin traitant n'a exclu de capacité de travail dans une activité adaptée par la suite, les certificats du Prof. J\_\_\_\_\_ attestant certes une incapacité de travail totale mais ne se prononçant pas sur la capacité de gain dans un poste correspondant aux limitations fonctionnelles du recourant.

**8.6** Le recourant a sollicité la confrontation du Dr M\_\_\_\_\_ avec le Prof. J\_\_\_\_\_ lors d'une audience. Ces médecins s'étant prononcés à plusieurs reprises par écrit pour justifier leurs positions respectives, leur audition apparaît superfétatoire.

Quant à l'expertise judiciaire requise par le recourant, la chambre de céans y renoncera également, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), au vu du caractère probant des rapports du Dr M\_\_\_\_\_. En particulier, en tant que le recourant justifie cette mesure par l'animosité alléguée du Dr M\_\_\_\_\_ à l'endroit du Prof. J\_\_\_\_\_, on soulignera qu'on n'en trouve pas trace dans les rapports du premier cité. Par ailleurs, on voit mal la pertinence d'un complément destiné à déterminer si les soins prodigués ont été adéquats, dès lors qu'une éventuelle violation des règles de l'art dans le traitement administré au recourant relève de la responsabilité civile des médecins et non de l'intimée, sous réserve d'une erreur médicale relevant d'une confusion ou maladresse grossière et extraordinaire constituant un accident (cf. sur ce point arrêt du Tribunal fédéral 8C\_418/2018 du 12 juillet 2019 consid 3.2), dont le recourant n'allègue pas la survenance.

Compte tenu des éléments qui précèdent, la décision de l'intimée mettant un terme aux prestations au 4 août 2015 – tout en renonçant à exiger la restitution des prestations versées pour la période du 5 août 2015 au 31 août 2018 – doit être confirmée.

**9.** Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> *a contrario* LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable, à l'exception des conclusions tendant à la prise en charge de soins dentaires de EUR 5'100.- qui sont irrecevables.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Prend acte de ce que l'intimée renonce à exiger la restitution des prestations versées du 5 août 2015 au 31 août 2018.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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