RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1049/2021 **ATAS/482/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, FRANCE recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____1971, nettoyeur, est tombé d'une échelle, en date du 3 juin 2019, dans le cadre de son travail auprès de l'employeur B_____ SA. Le jour même, il s'est rendu à la consultation d'urgence de la clinique C_____ (ci-après : la Clinique).

b. Le centre de radiographie de la Clinique a effectué une radiographie du genou gauche, de face, profil, axial et du poignet droit de face, profil, en date du 3 juin 2019 ; il est mentionné pour le poignet : possible ancienne fracture de la styloïde radiale. Pas de lésion traumatique récente visible sur ses incidences. À signaler, toutefois, la présence d'une discrète tuméfaction du carré pronateur. Pour le genou : status post-plastie du LCA. Pas de fracture visible.

c. Par courrier du 26 juin 2019, la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a confirmé à l'employeur qu'elle prenait en charge le cas de l'assuré.

d. Le rapport d'IRM effectuée à la Clinique, par le docteur D_____, en date du 25 juin 2019, indique que le patient est examiné pour bilan d'une plastie du LCA. Entorse interne du genou.

Sur le plan osseux et cartilagineux : on objective des zones d'amincissement cartilagineuses étendues de part et d'autre de la surface portante et du compartiment fémoro-tibial interne, compatible avec une chondropathie de grade 3. Un amincissement cartilagineux modéré du compartiment fémoro-tibial externe avec fissuration plus profonde de la surface portante du plateau tibial externe s'accompagnant d'un remodelage micro kystique sous-chondral, compatible avec une chondropathie atteignant focalement un grade 4. Il n'y a pas de tiroir antérieur spontané. Altérations de surface visibles au niveau du cartilage articulaire fémoro-patellaire.

Sur le plan tendineux et ligamentaire : status post-plastie du LCA qui apparaît intact. Intégrité du LCP, des ligaments latéraux et de l'appareil extenseur.

Sur le plan méniscal : ménisque externe, absence d'anomalie de signal ou de morphologie du ménisque. Ménisque interne, aspect tronqué du ménisque avec déchirure essentiellement oblique de la corne postérieure atteignant la surface articulaire inférieure et la base d'implantation. Structure kystique développée à proximité du faisceau profond du LLI, posant en premier lieu le diagnostic différentiel d'une bursite plutôt qu'un kyste méniscal. Présence d'un discret épanchement intra articulaire avec corps libres intra articulaires mesurant jusqu'à 5 mm de diamètre au niveau du récessus sous-quadricipital. Micro kyste poplité postéro-interne. Plica synoviale à l'interne non tuméfiée.

Conclusion : les données IRM du genou gauche illustrent un status post-plastie du LCA qui apparaît intact. Déchirure du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque interne de grade 3. Chondropathie fémoro-tibiale interne étendue de grade 3 et focale du plateau tibial externe de grade 4. Corps libres intra articulaires. Bursite de la patte d'oie. Petit kyste poplité postéro-interne.

e. Dans son rapport médical initial LAA du 27 août 2019, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès de la consultation urgences de la Clinique, a décrit le sinistre comme une chute accidentelle d'une échelle, d'une hauteur d'environ 3 mètres, avec réception sur un collègue de l'assuré, puis sur une table, côté droit, plus colonne dorsale. Elle mentionne que l'assuré s'est cogné l'aspect interne du genou gauche. S'agissant de ce dernier, les constatations objectives et radiologiques suite à une IRM décrivent une déchirure du ménisque interne. Au niveau du traitement, seul le poignet est indiqué, devant porter une attelle plus une antalgie simple.

f. Par notice téléphonique du 11 septembre 2019, la gestionnaire du dossier auprès de la SUVA a mentionné que l'assuré l'avait appelé pour l'informer qu'il reprendrait le travail à 100 % au début octobre, mais sous réserve que la reprise se passe bien car il avait des douleurs résiduelles au poignet droit et au genou gauche. Concernant ces dernières, elles survenaient lors de la station debout prolongée ; il était précisé que l'assuré avait bénéficié d'une infiltration au genou et qu'une deuxième infiltration serait probablement nécessaire. Il était encore indiqué que l'assuré portait une orthèse élastique au poignet et une attelle au genou.

g. Dans un rapport médical intermédiaire du 27 avril 2020, le docteur F_____, médecin interne au service de chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a mentionné une lésion de la corne postérieure du ménisque interne étendue au segment moyen du genou gauche et associée à un kyste para-méniscal. S'agissant de la consultation du 2 mars 2020, il mentionnait une progression des douleurs avec tuméfaction du genou puis, lors de la consultation du 18 mars 2020, une amélioration des douleurs après infiltration tout en précisant que le problème des douleurs n'était pas complètement résolu, ainsi que la persistance d'une tuméfaction du genou lors de la marche. Il concluait par un pronostic réservé, la thérapie consistant en des infiltrations et de la physiothérapie.

h. Le médecin-conseil de la SUVA, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a mentionné dans son rapport à la SUVA du 27 avril 2020 qu'une nouvelle incapacité totale de travail attestée dès le 23 mars 2020 était probablement en relation de causalité avec l'événement du 3 juin 2019. En l'absence d'opération, la reprise de l'activité professionnelle pouvait être attendue d'ici un mois.

i. Par certificat médical du 22 avril 2020, le Dr F_____ a attesté d'un arrêt de travail pour accident avec un pourcentage d'incapacité de travail de 100 % du 26 avril au 31 mai 2020.

j. À la demande de la SUVA, l'assuré a répondu en date du 30 juillet 2020 qu'il pensait être à nouveau capable de travailler à 100 %, avec beaucoup de difficultés, dès le 15 juin 2020. Il précisait que le traitement médical n'était pas terminé, qu'il avait subi des infiltrations en mars 2020 et qu'il fallait attendre cinq mois. Il était dans l'attente d'une opération du genou gauche qui devait être appointée.

k. Par notice téléphonique du 21 septembre 2020, la gestionnaire du dossier auprès de la SUVA a indiqué que l'assuré avait téléphoné pour l'informer qu'il avait revu son chirurgien aux HUG mais qu'il avait encore des douleurs et qu'il allait se faire opérer. Son médecin, le docteur H_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'avait mis en arrêt de travail, dès le 11 novembre 2020, pour une opération un à trois jours après. L'assuré voulait obtenir une réponse quant à la prise en charge de l'opération par la SUVA.

l. Plusieurs échanges ont eu lieu entre la SUVA et l'assuré afin d'obtenir des documents médicaux des HUG au sujet de l'intervention chirurgicale qui était envisagée. En date du 20 novembre 2020, le dossier médical n'était toujours pas complet et la gestionnaire du dossier auprès de la SUVA s'est adressée à la Clinique pour obtenir les radiographies et les rapports concernant les dates du 7 juin et 25 juin 2019. Par courriel du 27 novembre 2020 adressé à l'assuré avec une copie au Dr H_____, la gestionnaire de la SUVA s'est excusée pour avoir déprogrammé l'opération chirurgicale qui avait été prévue pour le 26 novembre 2020 en expliquant que le service médical de la SUVA avait encore besoin des clichés relatifs aux IRM avant de pouvoir statuer définitivement.

m. L'intégralité du dossier médical réuni par la SUVA a été soumis à son médecin-conseil, le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, membre FMH, en date du 10 décembre 2020.

n. Dans son rapport du 18 janvier 2021, le médecin-conseil de la SUVA a mentionné les documents médicaux sur lesquels il fondait son appréciation ainsi que les IRM du genou, effectuées en date du 25 juin 2019 et du 7 septembre 2020. Il a posé les diagnostics de contusions au genou gauche, contusions au poignet droit, déchirure du ligament croisé antérieur genou gauche avec reconstruction ligament croisé antérieur gauche en 2014 (recte : 2004), une arthrose fémorotibiale interne du genou gauche et enfin une méniscose dégénérative du ménisque interne du genou gauche. Selon son appréciation, les bilans radiologiques et d'imagerie réalisés suite au traumatisme mettaient en évidence l'absence de lésion traumatique aiguë, la vraisemblance de plusieurs lésions dégénératives ou séquellaires au niveau du poignet droit, au niveau du genou

gauche, un status après reconstruction ligamentaire du croisé antérieur, un état dégénératif du compartiment fémoro-tibial interne avec chondropathie, une ulcérante, la présence d'une collerette ostéophytaire condylienne interne avec exclusion mécanique du ménisque interne qui présentait des caractéristiques d'un état dégénératif, dans le sens d'une méniscose, entourée d'un kyste para-méniscal interne, mais également poplité. Selon le Dr I_____, au niveau du genou, l'événement qui concernait la SUVA avait fini de déployer ses effets deux mois après le traumatisme.

B. **a.** Dans l'intervalle, en date du 11 décembre 2020, la SUVA a rendu une décision de clôture du cas au 15 novembre 2020 avec fin des prestations à cette même date et fin du versement des prestations d'assurance perçues jusqu'alors. Il était précisé que les frais de l'opération prévue le 18 novembre 2020, auprès du Dr H_____ et annulée par la suite, n'étaient pas pris en charge. La raison en était que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles de la santé qui persistaient actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident.

b. Par courrier du 7 janvier 2021, l'assuré a fait opposition à la décision du 11 décembre 2020. Il a rappelé que l'opération du ligament croisé antérieur qu'il avait subie s'était déroulée en 2004 et non pas en 2014. Il rappelait le déroulement de son accident et considérait qu'à la lecture de la chronologie des faits entre le 3 juin 2019 et le 21 septembre 2020, il existait sans équivoque un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'aggravation pathologique du genou gauche. Selon l'assuré, il n'y avait aucun lien avec la première intervention chirurgicale de 2004.

c. Après examen de l'opposition et en se fondant sur le rapport du Dr I_____ du 18 janvier 2021, la SUVA a rendu une décision sur opposition en date du 25 février 2021, rejetant l'opposition pour les raisons déjà évoquées dans la précédente décision en ajoutant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.

C. **a.** Par acte déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en date du 23 mars 2021, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 25 février 2021. Il a repris les arguments déjà exposés au stade de l'opposition et a conclu, à titre principal, à ce que la SUVA prenne en charge le paiement des prestations d'assurance, y compris l'opération chirurgicale, après la date du 15 novembre 2020, et subsidiairement à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée.

b. Par réponse du 5 mai 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée au motif que rien ne permettait de douter du sérieux du travail ou de l'impartialité des appréciations médicales du Dr I_____, dont le rapport se fondait sur des éléments objectifs et qui devait se voir attribuer une pleine valeur probante. La SUVA exposait encore que selon ses conclusions, l'accident avait cessé de déployer ses effets deux mois après les faits. La causalité

entre l'intervention chirurgicale proposée en novembre 2020 et l'événement du 3 juin 2019 était tout au plus possible. Les lésions observées sur le genou provenaient d'un status après reconstruction ligamentaire du croisé antérieur ainsi que d'un état dégénératif. Dès lors, il y avait lieu d'admettre que l'accident de juin 2019 avait entraîné une contusion du genou, sans plus, laquelle avait fini de déployer ses effets deux mois après le sinistre.

c. Invité à répliquer par la chambre de céans par courrier du 10 mai 2021, le recourant n'a pas réagi.

d. Sur rappel de la chambre de céans, le recourant a répliqué, en date du 25 novembre 2021, indiquant qu'il n'avait pas de documents médicaux supplémentaires qui pouvaient compléter ses allégations et considérant que la SUVA n'avait pas été loyale et transparente en omettant d'indiquer qu'elle avait informé le médecin chargé de l'opération prévue le 18 novembre 2020 de la non prise en charge de cette dernière et de son annulation uniquement la veille de la date prévue pour l'opération et sans en aviser le recourant.

e. La SUVA n'a pas dupliqué.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA du 25 février 2021, singulièrement de l'arrêt des prestations au 15 novembre 2020.

5.

5.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette 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 (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

6. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement

avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

7.

7.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

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

7.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.4 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

7.5 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8.

8.1 Aux termes de l’art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l’assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l’art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu’au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d’étendre la prise en charge par l’assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L’ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu’elles ne fussent pas manifestement

imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

8.2 Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

8.3 Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

9.

9.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

11.

11.1 En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation médicale sur laquelle s'est fondée l'intimée pour prendre sa décision de mettre fin à ses prestations. Il ne produit toutefois aucun rapport médical pouvant appuyer ses allégations. Dans son recours, il cite l'IRM du genou gauche effectuée le 25 juin 2019, qui met en évidence une lésion du ménisque interne avec effraction capsulaire entraînant un œdème, puis l'IRM du genou gauche effectuée le 7 septembre 2020, qui met en évidence une augmentation du kyste para-méniscal interne associée à une atteinte multi fissuraire et extrusion méniscale, puis l'échographie du 21 septembre 2020, qui met en évidence l'apparition d'un varus du genou associé à une chondropathie débutante tri-compartimentale avec des douleurs associées au kyste en nette progression depuis le début du traumatisme. C'est dans ce contexte que le Dr H_____ a proposé une opération pour un drainage du kyste susmentionné en raison des douleurs et des limitations liées à ce dernier.

En annexe à son recours, le recourant a joint un rapport du Dr H_____, daté du 16 décembre 2020, non mentionné dans l'appréciation médicale du Dr I_____ du 18 janvier 2021. Néanmoins, ce rapport, qui récapitule la chronologie des événements, porte avant tout sur les raisons pour lesquelles l'indication opératoire a été retenue par le Dr H_____, soit procéder à un drainage du kyste para-méniscal, afin de diminuer les douleurs et les limitations liées à ce dernier. Il ne donne pas d'indication sur l'origine dégénérative ou traumatique des troubles constatés.

11.2 De son côté, l'intimée se fonde sur le rapport établi par son médecin-conseil, le Dr I_____, qui considère, dans son rapport du 18 janvier 2021, que les bilans radiologiques et d'imagerie réalisés à la suite de l'accident du 3 juin 2019 mettent en évidence l'absence de lésion traumatique aiguë, la vraisemblance de plusieurs lésions dégénératives ou séquellaires au niveau du genou gauche, notamment un status après reconstruction ligamentaire du croisé antérieur (effectuée en 2004 par le Dr J_____, en France), un état dégénératif du compartiment fémoro-tibial interne avec chondropathie ulcérée, la présence d'une collerette ostéophytaire condylienne interne avec exclusion mécanique du ménisque interne qui présente des caractéristiques d'un état dégénératif, dans le sens d'une méniscose, entourée d'un kyste para méniscal interne mais également poplité. L'augmentation du kyste, mentionnée dans le rapport médical du Dr H_____ du 7 novembre 2020, figure dans le rapport du Dr I_____ sous la rubrique « Evolution des pièces communiquées ».

Aucune des pièces médicales du médecin traitant ne permet d'établir que l'augmentation du kyste a une origine accidentelle ; au contraire, la littérature scientifique médicale l'attribue plutôt, chez l'adulte, à une maladie dégénérative ou une inflammation : « un kyste poplité est fréquemment coexistant à une pathologie articulaire du genou chez l'enfant ou l'adulte. Il se présente comme une masse au niveau du creux poplité. Le kyste est un récessus de la cavité synoviale du genou, souvent lié à la présence chronique d'un épanchement. Chez l'enfant, l'étiologie

peut être primaire, avec un développement directement depuis la bourse des muscles gastrocnémien médial et semi-membraneux. Chez l'adulte, le kyste est généralement secondaire à une maladie dégénérative ou inflammatoire du genou. Une communication entre l'espace intra-articulaire et le kyste est souvent retrouvée » (Kystes poplités : approches étiologique et thérapeutique, par Julien BILLIÈRES, Pierre LASCOMBES et Robin PETER in Revue médicale suisse n° 432, du 28 mai 2014). Les auteurs de l'article exposent que les symptômes sont variables et dépendent de la maladie de base ainsi que de la taille du kyste.

« La plupart des kystes poplités sont de petite taille et asymptomatiques et leur découverte est généralement fortuite. Lorsqu'il est de taille plus importante, le kyste poplité se manifeste par une gêne, voire des douleurs mécaniques à la face postérieure du genou, plus ou moins associées à une sensation de tension et à la palpation d'une masse, surtout lorsque le genou est en extension ». (op. cit. p. 11)

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs dont souffre le recourant sont causées par l'augmentation du kyste para-meniscal, étant précisé que l'apparition et le développement du kyste sont d'origine non traumatique. Il n'est pas exclu que l'accident ait pu accélérer l'augmentation du kyste mais celui-ci était déjà présent avant l'accident et sa présence a été découverte, de manière fortuite, lors des examens radiologiques et les IRM pratiqués suite à l'accident. La méniscose mentionnée dans le rapport va également dans le sens d'une atteinte dégénérative.

À cet égard, la lésion du ménisque étant considérée comme une lésion assimilée au sens de l'art 6 al. 2 let. c LAA, il convient de noter que rien, dans les pièces médicales, ne permet de conclure que le sinistre du 3 juin 2019 en soit la cause.

La précédente opération subie par le recourant en 2004 et le travail de nettoyeur, qui lui impose un travail et une fatigue plus importante exercés sur les genoux, sont des éléments dont il faut tenir compte et qui sont de nature à entraîner des lésions dues à l'usure. Les explications données par le Dr I_____, notamment quant à la méniscose, permettent, en l'état, de conclure à la vraisemblance prépondérante d'une origine dégénérative de la lésion oblique observée sur la corne postérieure du ménisque.

Étant précisé que la LCA pratiquée par le Dr J_____ en 2004 joue un rôle dans la lésion du ménisque comme cela est confirmé par la littérature scientifique médicale « une laxité antérieure chronique du genou (due à une déchirure du LCA datant d'un an ou plus) engendre des déchirures méniscales et des lésions chondrales » (Prise en charge actuelle des lésions méniscales chez l'athlète, par Philippe M TSCHOLL, Victoria B DUTHON, Maxime CAVALIER, Jacques MENETREY in : Revue médicale suisse, n° 525 du 13 juillet 2016)

Dès lors, aucun élément médical contradictoire ne permet de mettre en doute l'appréciation du Dr I_____.

C’est ici l’occasion de rappeler que le juge peut accorder pleine valeur probante à un rapport établi par le médecin d'un assureur social aussi longtemps que celui-ci aboutit à un résultat convaincant, que la conclusion est sérieusement motivée, que l’avis ne contient pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause son 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).

Contrairement à l’opinion générale exprimée par le recourant, sans que celui-ci ne donne, toutefois, le moindre indice de partialité du médecin-conseil, rien ne permet, en l’occurrence, de douter de l’impartialité du Dr I_____. Réalisé sur la base du dossier, le rapport peut avoir une valeur probante dès lors qu’il contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré.

11.3 Le rapport du 18 janvier 2021 rédigé par le médecin-conseil de l’intimée est convaincant et sa conclusion bien motivée. La chambre de céans considère, dès lors, que le rapport présente une valeur probante et que ses conclusions sur l’origine non accidentelle des troubles dont souffre le recourant après la date du 15 novembre 2020 peuvent être suivies.

11.4 Pour ces raisons et par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans estime superflu d’administrer d’autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références), raison pour laquelle il ne sera pas donné suite à la conclusion subsidiaire du recourant d’ordonner une expertise médicale judiciaire.

Dès lors que la SUVA a cessé de prester plus de dix-sept mois après l’accident, il n’est pas nécessaire de se déterminer plus avant sur le délai de deux mois, avancé par le Dr I_____, pour que l’accident du 3 juin 2019 cesse de déployer ses effets.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

* * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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