RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1054/2022 **ATAS/758/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 octobre 2023

Chambre 3

En la cause

A_____ recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS – SUVA intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philipe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1994, domicilié en France, a été engagé en tant que manutentionnaire, à compter du 19 juillet 2021, par B_____, sise à Lancy. Il était, à ce titre, assuré auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSES D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

b. Le 20 juillet 2021, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail, l'assuré, en soulevant une brouette pleine de sable afin de la vider, a perdu l'équilibre sur un trottoir et chuté. Une incapacité de travail totale a été attestée dès cette date.

c. La SUVA a pris en charge les frais de traitement et versé les indemnités journalières pour les suites de cet accident.

d. Le 29 juillet 2021, après des radiographies de la colonne lombaire et du genou droit réalisées le 20 juillet 2021, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué des gonalgies droites sur suspicion de lésion du ménisque interne droit et des lombalgies aiguës dans un contexte de port de charge et chute. Le médecin a mentionné qu'il existait un antécédent de chirurgie pour réparation d'une déchirure du tendon rotulien à droite, sans douleurs les derniers mois avant l'accident.

e. Le 5 août 2021, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA a estimé que le diagnostic devait être étayé par une imagerie à résonnance magnétique (ci-après : IRM).

f. Le 6 août 2021, une IRM du genou droit a mis en évidence un œdème osseux modéré du condyle fémoral externe associé à une fissure horizontale partielle de la corne antérieure du ménisque externe et à un kyste para-méniscal millimétrique, une deuxième fissuration de la racine antérieure du ménisque externe sans désinsertion et d'ancienneté indéterminée, des remaniements d'aspect séquellaire du pôle inférieur de la patella avec œdème osseux et un épaississement avec signes de tendinopathie proximale du tendon patellaire, une position de la patella haute et des signes discrets de conflit fémoro-patellaire externe, ainsi qu'une chondropathie fémoro-patellaire superficielle.

g. Le 31 août 2021, la docteure E_____, médecin auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué une tendinopathie rotulienne et une contusion sévère de la rotule, à droite. L'assuré avait été adressé à l'équipe des rééducateurs pour des séances de physiothérapie.

h. Le 3 novembre 2021, le docteur F_____, médecin traitant de l'assuré en France, a indiqué que son patient était suivi par un spécialiste à Lyon et qu'un

arthro-scanner était prévu le mois suivant. L'incapacité de travail totale se poursuivait (cf. certificat du 8 novembre 2021).

Dans un rapport non daté, reçu le 26 novembre 2021 par la SUVA, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès des HUG, se référant à l'IRM du 6 août 2021, a diagnostiqué une lésion méniscale du genou droit. Un traitement conservateur avait été prescrit.

i. Un arthro-scanner du 16 décembre 2021, effectué pour rechercher une lésion méniscale interne, a mis en évidence une chondropathie patellaire médiale sur dysplasie et un épaississement de l'insertion proximale du tendon patellaire avec stigmates d'avulsion. Au plan méniscal, il n'y avait ni lésion, ni désinsertion, ni fissure (cf. rapport du docteur H_____).

j. Le 7 janvier 2022, le Dr D_____ a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint deux mois après l'accident.

k. Par décision du 10 janvier 2022, l'assureur a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 19 janvier 2022, au motif que, selon son médecin d'arrondissement, les troubles persistants n'avaient été en lien avec l'accident que jusqu'au 20 septembre 2021, au plus tard.

l. Le 19 janvier 2022, l'assuré a contesté cette décision. Son état de santé ne s'était pas amélioré et l'incapacité de travail le rendait vulnérable et dépressif.

Il produisait un certificat du Dr F_____ attestant qu'il souffrait toujours du genou droit, qu'une consultation spécialisée était prévue le mois suivant et que la pathologie semblait avoir eu des conséquences sur sa thymie. Il devait consulter régulièrement un psychologue.

m. Le 22 janvier 2022, Madame I_____, psychologue en France, a indiqué que l'assuré semblait très atteint par le fait de ne pouvoir reprendre une activité professionnelle compte tenu de sa condition physique. Un travail de reprise de confiance devait être entrepris.

n. Le 11 février 2022, le docteur J_____, spécialisé en médecine et traumatologie du sport en France, a indiqué que le bilan clinique et iconographique montrait la présence d'un syndrome fémoro-patellaire avec une chondropathie patellaire sans lésion méniscale. Il existait des antécédents de rupture du tendon rotulien avec geste chirurgical en 2018. L'assuré souffrait d'un stress post-traumatique lié à l'apparition des douleurs chez un patient très sportif ayant dû arrêter ses activités. Un traitement conservateur était prescrit.

o. Le 22 février 2022, le Dr D_____ a diagnostiqué une contusion du genou droit sur antécédent d'intervention pour atteinte fémoro-patellaire et du tendon rotulien. Non seulement l'assuré avait des antécédents sur cette pathologie patellaire, mais de plus, il n'y avait aucune atteinte méniscale. L'IRM montrait clairement une contusion des parties molles de degré relativement minime initialement. La date du *statu quo sine* devait être confirmée.

L'évolution et l'arthro-scanner étaient probants s'agissant de l'atteinte patellaire ancienne, éliminant toute atteinte ostéo-ligamentaire d'origine traumatique de même que chondrale, compte tenu des antécédents.

Au niveau du rachis, il n'y avait ni atteinte, ni plainte.

p. Par décision du 25 février 2022, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé la fin du versement des prestations au 19 janvier 2022 s'agissant de l'atteinte au genou. Quant aux éventuels troubles psychiques, la causalité adéquate entre eux et l'évènement pouvait être niée d'emblée, dès lors que l'assuré avait été victime d'un accident de peu de gravité.

q. Le 14 mars 2022, le Dr J_____ a diagnostiqué des gonalgies droites sans lésion méniscale externe, une contusion osseuse du condyle fémoral externe et une chondropathie fémoro-patellaire droite.

B. **a.** Par acte du 28 mars 2022, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à la poursuite du versement des prestations au-delà du 19 janvier 2022. Il invoque des douleurs persistantes au genou droit, dont il considère qu'elles sont en lien de causalité avec l'accident. À l'appui de son recours, il joint un rapport, non daté, du Dr J_____, faisant état de consultations en dates des 11 février et 14 mars 2022 et rappelant les constats mis en évidence par l'IRM et l'arthro-scanner des 6 août et 16 décembre 2021. Selon ce médecin, il existe une lésion osseuse sur le condyle fémoral externe et des lésions méniscales externes, non liées à un défilé fémoro-patellaire (ci-après : DFP), mais en lien avec l'accident. Il y a également un DFP avec chondropathie fémoro-patellaire dont la symptomatologie douloureuse est liée au traumatisme.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 3 mai 2022, a conclu au rejet du recours.

c. Interrogé par la Cour de céans par courrier du 21 décembre 2022, le Dr J_____ n'a pas répondu.

d. La Cour de céans a alors accordé au recourant un délai au 28 février 2023 pour intervenir auprès de ce spécialiste et l'inviter à se manifester, sans succès.

Les autres faits seront repris – 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), 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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA *a contrario*).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de 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.

6. Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 19 janvier 2022, singulièrement si elle était légitimée à retenir qu'à compter de cette date, les troubles persistants n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident survenu le 20 juillet 2021.

7.

7.1 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 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

7.2 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue également 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).

Dans l'ATF 146 V 51 du 24 septembre 2019, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis

que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée que le recourant a été victime d'un accident le 20 juillet 2021, au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines atteintes constatées par les médecins relèvent de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA.

7.3 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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).

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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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.

7.4 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 impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à

l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

7.5 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

8.

8.1 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).

8.2 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

8.3 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).

8.4 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).

8.5 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).

8.6 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des

exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

8.7 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Cela vaut en principe non seulement pour les médecins de famille (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; 125 V 351 consid. 3a/cc et les références), mais également pour les médecins spécialistes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_660/2022 du 25 mai 2023 consid. 5.4 et la référence).

S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9.

9.1 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).

9.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b 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 plus 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_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

10. 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et la référence ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

11.

11.1 En l'espèce, par décision du 10 janvier 2022, confirmée sur opposition le 25 février 2022, l'intimée a mis fin au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 19 janvier 2022. Elle a considéré que, deux mois au plus tard après l'accident survenu le 20 juillet 2021, le lien de causalité entre celui-ci et les troubles encore présents avait été rompu. L'intimée a fondé sa décision sur les rapports rédigés par le Dr D_____ en date des 7 janvier et 22 février 2022.

11.2 Par sa part, le recourant requiert la poursuite du versement des prestations au-delà du 19 janvier 2022, en arguant que les atteintes à son genou droit sont encore en lien avec l'accident du 20 juillet 2021, comme le pense le Dr J_____.

11.3 Partant, la question qui se pose est celle de savoir si les troubles au genou droit dont se plaint le recourant au-delà du 19 janvier 2022 sont encore en lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 juillet 2021.

11.4 Dans son appréciation finale, le Dr D_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, a retenu notamment que le recourant présentait une contusion du genou droit sur antécédent d'intervention pour atteinte fémoro-patellaire et du tendon rotulien. L'IRM du 6 août 2021 montrait clairement une contusion des parties molles, de degré relativement minime initialement. L'arthro-scanner du 16 décembre 2021 avait confirmé l'évolution et l'existence d'une atteinte patellaire ancienne. Il avait permis en outre d'écarter toute atteinte ostéo-ligamentaire et chondrale d'origine traumatique. La rotule, dysplasique, avait déjà fait l'objet d'une intervention, et il n'existait aucune atteinte méniscale, contrairement à ce qui avait été avancé initialement. Au vu de l'absence d'atteinte au genou, le *statu quo sine* aurait pu être retenu à deux mois après l'accident déjà. Par conséquent, à la date du 19 janvier 2022, le *statu quo sine* s'imposait (cf. rapport du 22 février 2022).

Ce rapport satisfait aux conditions dégagées par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et ce, quand bien même le Dr D_____ n'a pas examiné le recourant. En effet, son appréciation a été établie sur la base de l'intégralité du dossier médical, lequel contient suffisamment de rapports qui, eux, se fondent sur un examen personnel de l'intéressé. Les conclusions du Dr D_____ sont par ailleurs claires et motivées.

Le rapport non daté du Dr J_____, que le recourant produit à l'appui de son recours, fait certes état de l'existence de lésions méniscales externes en lien avec l'accident. Cela étant, l'avis de ce spécialiste suscite des doutes, dès lors qu'il entre en contradiction avec les deux rapports que ce médecin a établis antérieurement au dépôt du recours, dans lesquels il soulignait l'absence de toute lésion méniscale (cf. rapports des 11 février et 14 mars 2022).

Par ailleurs, on relèvera que la lésion osseuse sur le condyle fémoral externe à laquelle se réfère le Dr J_____ a dûment été prise en considération par le Dr D_____ lors de son appréciation finale (cf. rapport du 22 février 2022 p. 2).

En outre, si, dans son rapport, non daté, le Dr J_____ indique que la symptomatologie douloureuse relative à la chondropathie fémoro-patellaire à droite serait en lien avec l'accident, force est de constater qu'il n'apporte aucune explication permettant de comprendre sur quels éléments médicaux se fonde son avis.

Partant, l'avis du Dr J_____ n'est pas suffisant pour jeter le doute et s'écarter des conclusions du Dr D_____.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les troubles persistant au genou droit du recourant postérieurement au 19 janvier 2022 ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident survenu le 20 juillet 2021.

11.5 S'agissant enfin des troubles psychiques invoqués par le recourant dans son opposition du 19 janvier 2022, la Cour de céans constate qu'aucun rapport émanant d'un spécialiste en psychiatrie n'a été versé à la procédure.

Mme I_____ et le Dr J_____ se réfèrent, certes, dans leur rapport du 22 janvier 2022, respectivement, 11 février 2022, à l'existence d'une atteinte psychique. Force est toutefois de relever que leurs avis, très succincts, ne sont étayés par aucune constatation clinique objective.

Partant, les pièces versées au dossier ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident survenu le 20 juillet 2021 a causé des troubles psychiques. Au demeurant, le recourant, dans le cadre de son recours, ne le conteste pas.

C'est donc à juste titre que l'intimée a mis fin au versement de ses prestations au 19 janvier 2022.

12. Le recours doit, par conséquent, être rejeté.

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

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	La présidente
Christine RAVIER	Karine STECK

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