RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1559/2021 **ATAS/588/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juin 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, France

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1981, travaillait en qualité de déménageur et était assuré à ce titre auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENT (ci-après : SUVA) contre le risque d'accidents, professionnels ou non, lorsque, le 4 octobre 2019, alors qu'il montait les escaliers en portant un canapé, une marche a cédé, entraînant sa chute (cf. déclaration de sinistre du 7 octobre 2019).

b. Le docteur B_____, d'une part, le Centre médical C_____, d'autre part, ont posé le diagnostic d'entorse de la cheville gauche et instauré un traitement conservateur (cf. rapports des 18 et 19 décembre 2019).

c. Un examen par ultrason du 28 octobre 2019 de la cheville gauche a montré des stigmates d'entorse externe avec une atteinte partielle capsulo-ligamentaire en très probable cicatrisation.

d. Entendu par la SUVA en date du 24 février 2020, l'assuré a expliqué n'être au bénéfice d'aucune formation professionnelle et avoir exercé divers métiers (ouvrier d'usine, dans la menuiserie, éboueur, manutentionnaire) avant de travailler comme déménageur depuis juin 2019. S'agissant de l'accident, il a précisé qu'il portait un canapé d'environ 80 kg avec un collègue. Ils se trouvaient dans les escaliers, lui en position haute et en marche arrière, lorsque l'une des marches en pierre de l'escalier s'est rompue alors qu'il s'y appuyait avec son pied gauche. Son genou a heurté une marche et il est tombé, avec le poids du canapé sur lui. Sa cheville a tout de suite enflé. Dans les deux-trois semaines suivant l'accident, des douleurs au genou gauche sont apparues, se manifestant lorsqu'il montait des escaliers ou après une longue marche. L'assuré disait avoir retrouvé une mobilité complète au niveau de la cheville, mais être encore limité au niveau du genou. Son médecin-traitant lui avait déconseillé de reprendre une activité de déménageur.

e. Le 25 février 2020, le Dr B_____ a mentionné une gonalgie gauche et préconisé d'éviter une activité lourde telle que celle de déménageur.

f. Le 12 mai 2020, ce même médecin a conclu à des séquelles douloureuses du membre inférieur gauche et indiqué que son patient rencontrerait des difficultés dans tout travail de force impliquant le soulèvement de charges.

g. Le 13 octobre 2020, le Dr B_____ a maintenu ses conclusions, expliquant qu'une imagerie par résonnance magnétique (IRM) du genou gauche du 30 septembre 2020 avait montré le présence d'une lésion ostéo-chondrale du condyle fémoral évoquant une petite ostéonécrose sans désolidarisation du fragment et avec un cartilage hétérogène mais à peine aminci, d'une part, l'absence de lésion ménisco-ligamentaire ou d'épanchement, d'autre part (cf. également rapport d'IRM du docteur D_____).

h. Une IRM lombo-sacrée du 24 novembre 2020 a montré une discopathie modérée étagée en L5-S1 sans conflit disco-radiculaire.

i. Le 5 janvier 2021, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui, dans son appréciation du 14 janvier 2021, a jugé que le cas était stabilisé, sans séquelle objectivable : en effet, il avait observé une marche sans boiterie, ni particularité, l'absence d'atrophie musculaire, un genou gauche bien mobile et non douloureux à la palpation, une discrète raideur au niveau du rachis lombaire avec effacement de la lordose, un status rassurant, avec une absence d'asymétrie au niveau des périmètres musculaires et un équilibre retrouvé.

En définitive, le médecin a estimé que l'activité habituelle de déménageur était exigible mais défavorable, dans la mesure où l'assuré n'avait plus exercé d'activité lourde depuis plus de quatorze mois. Si cette activité devait être reprise, il préconisait dès lors une limitation du rendement durant les premières semaines et déconseillait durant ce laps de temps le port répété de charges lourdes et en montée.

S'agissant des lombalgies, les bilans rhumatismal et par imagerie ne permettaient pas de retenir un lien de causalité avec l'accident.

B. **a.** Par décision du 11 février 2021, la SUVA a mis un terme à sa prise en charge et au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2021, à la prise en charge des frais de traitement avec effet au 28 février 2021, au motif que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'une reprise de l'activité habituelle de déménageur était exigible.

b. L'assuré ayant contesté cette décision, la SUVA a une nouvelle fois soumis le dossier à son médecin d'arrondissement qui, dans son appréciation complémentaire du 30 mars 2021, a confirmé la stabilisation de l'état de l'assuré sur le plan médical.

Le médecin a confirmé l'exigibilité de l'activité habituelle de déménageur, rappelant que l'accident n'avait eu pour conséquence qu'une entorse de la cheville gauche guérie et une contusion du genou gauche désormais asymptomatique.

Néanmoins, vu l'incapacité de travail de 14 mois, une reprise sans limitation fonctionnelle paraissait d'emblée difficile, raison pour laquelle il préconisait un aménagement avec augmentation progressive de la charge demandée sur trois mois.

c. Par décision du 9 avril 2021, la SUVA a partiellement admis l'opposition.

Se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, elle a considéré le cas comme stabilisé sur le plan médical depuis le 5 janvier 2021 au plus tard, date de l'examen médical. Cependant, compte tenu des précisions apportées par le Dr E_____, la SUVA a reconnu qu'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans l'activité de déménageur ne pouvait être

considérée comme exigible qu'après une période de trois mois supplémentaire, soit à compter du 5 avril 2021.

Considérant avoir mis à tort fin au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2021, la SUVA a accepté d'en prolonger le versement jusqu'au 5 avril 2021, confirmant sa décision du 11 février 2021 pour le surplus.

C. **a.** Par écriture du 6 mai 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Il allègue que si les principales douleurs ont été ressenties au niveau de sa cheville, celles du niveau du genou sont apparues rapidement. S'y sont ajoutées par la suite des douleurs cervicales et des lombalgies. Dans ces conditions, le recourant estime ne plus être capable d'exercer son activité de déménageur.

Il ajoute qu'il se sent également affaibli psychologiquement et ne dispose d'aucune ressource financière depuis le 31 janvier 2021. Ces difficultés financières dégradent encore son état de santé. Depuis l'accident, il dort très peu, ne s'occupe plus de ses enfants et souffre d'une fatigue permanente, même s'agissant des tâches quotidiennes.

Il demande « un reclassement professionnel de l'AI », une aide pour réintégrer le monde du travail et s'étonne d'avoir été licencié alors qu'il était encore en arrêt de travail.

A l'appui de sa position, il produit notamment :

- un courrier rédigé le 11 mai 2021 par le docteur F_____, rhumatologue, évoquant des douleurs du rachis lombaire et du bassin avec une atteinte des hanches et une IRM pratiquée en mai 2021 ayant mis en évidence des hernies intraspongieuses de L1-L2, L2-L3, T7-T8, T9-T10, T11-T12 et T5-T6 avec discopathies inflammatoires, assez similaires à celles constatées en novembre 2020; une discopathie L5-S1 est également mentionnée, ainsi qu'une ostéosclérose des sacro-iliaques;
- une simple ordonnance établie le 21 mai 2021 par le docteur G_____, psychiatre, pour un antidépresseur.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 2 juin 2021, a conclu au rejet du recours.

S'agissant des pièces produites par le recourant, la SUVA fait remarquer que les troubles du rachis lombaires dont il est fait état dans le rapport du Dr F_____ ne se trouvent pas en relation de causalité avec l'accident. Ces troubles étaient préexistants à celui-ci et ne relèvent pas de sa responsabilité.

c. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 1er février 2022.

En substance, le recourant a fait valoir que, depuis l'accident, il souffre de douleurs cervicales et dorsales qui n'existaient pas auparavant. Il a certes souffert régulièrement de sciatiques par le passé, mais pas à ce niveau.

S'agissant du genou gauche, il ressent toujours une certaine gêne lorsqu'il le sollicite trop (longue marche ou montées répétées d'escaliers). Il peut également se bloquer lorsqu'il reste longtemps assis, mais le recourant reconnaît que, pour le reste, ce genou ne lui pose pas de problème.

L'intimée a pour sa part souligné que si seuls les troubles du membre inférieur gauche ont été pris en considération, c'est parce que les lombalgies évoquées ont été clairement mises sur le compte d'atteintes dégénératives. Quant aux cervicalgies évoquées, elles ne l'avaient jamais été auparavant.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

1.3 Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée à mettre un terme à sa prise en charge des frais de traitement au 28 février 2021 et au versement des indemnités journalières au 5 avril 2021.

3.

3.1 En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

3.2 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).

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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

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).

3.3 Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

3.4 Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). À teneur de la disposition précitée, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi la prise en charge du traitement médical et le versement d'indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

Le droit à la prise en charge du traitement médical et au versements des indemnités journalières cesse donc dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2e phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 et les références citées).

3.5 Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accidents sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001).

L'amélioration sensible doit découler de la continuation du traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_188/2010 consid. 3.2). Cette condition n'est pas remplie en ce qui concerne les contrôles médicaux, la prise de médicaments et les traitements de thérapie manuelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_6306/2016 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime 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). Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3).

3.6 Le moment déterminant pour délimiter, du point de vue temporel, le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité est celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1).

3.7 En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1, ATF 116 V 41 consid. 2c).

4.

4.1 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).

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).

4.2 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).

4.2.1 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 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 d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

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

4.2.2 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

5.

5.1 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).

5.2 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).

5.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

7. En l'espèce, se basant sur l'appréciation du Dr E_____, l'intimée a mis un terme au paiement des indemnités journalières avec effet au 5 avril 2021 et à la prise en charge des frais de traitement avec effet au 28 février 2021, au motif que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'une reprise de l'activité habituelle de

déménageur était exigible trois mois après l'examen de son médecin d'arrondissement, intervenu le 5 janvier 2021.

Le recourant conteste cette décision. Il admet que sa cheville est guérie, mais allègue souffrir encore de son genou gauche et, surtout, de lombalgies qui lui interdisent de reprendre son activité de déménageur. Il ajoute qu'il est en outre affaibli psychologiquement.

L'intimée s'étant basée, pour rendre sa décision, sur les avis du Dr E_____, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de ces derniers, le second complétant le premier.

Force est tout d'abord de constater que l'appréciation du Dr E_____ remplit, sur le plan formel, toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, elle contient notamment le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives du recourant, la description des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Le Dr E_____ l'a d'ailleurs émise après avoir examiné lui-même le recourant.

Or, le 5 janvier 2021, ce médecin a constaté que l'état de l'assuré était stabilisé, sans séquelle objectivable. Il a observé une marche sans boiterie, ni particularité, l'absence d'atrophie musculaire, un genou gauche bien mobile et non douloureux à la palpation, une discrète raideur au niveau du rachis lombaire avec effacement de la lordose, un status rassurant, avec une absence d'asymétrie au niveau des périmètres musculaires et un équilibre retrouvé. Le médecin a retenu les diagnostics d'entorse de la cheville gauche, de contusion du genou gauche et de lombalgies chroniques, ces dernières constituant les plaintes les plus importantes, la cheville gauche étant non douloureuse et stable, le genou ne montrant ni blocage, ni gonflement, ni instabilité. En définitive, le médecin a estimé que l'activité habituelle de déménageur était exigible, tout en préconisant une reprise progressive excluant dans un premier temps le port répété de charges lourdes et en montée.

Il n'est pas contesté que l'entorse à la cheville gauche est guérie sans séquelles.

S'agissant du genou gauche, le Dr E_____ a précisé que la rotule était bien mobile dans tous les plans, non douloureuse à la palpation et que la flexion/extension n'était aucunement limitée en comparaison de l'autre genou. L'IRM réalisée une année après le traumatisme avait mis en évidence une lésion ostéochondrale d'allure chronique, sans signe de désolidarisation du fragment, sans atteinte intra-articulaire, sans épanchement, ni lésion méniscale ou ligamentaire. Dès lors, la causalité naturelle avec l'événement déclaré était tout au plus possible dans la mesure où, à part la douleur alléguée, à aucun moment une souffrance du genou gauche n'avait été objectivée. Là encore, les conclusions du médecin d'arrondissement, motivées, apparaissent convaincantes et ne sont pas contredites par les autres documents médicaux versés au dossier. Au demeurant,

le recourant a admis en audience qu'en règle générale, ce genou ne "posait pas problème".

S'agissant des lombalgies - plaintes les plus importantes -, le bilan rhumatismal et par imagerie ne permettaient pas de retenir un lien de causalité avec l'accident car il n'avait mis en évidence aucune lésion traumatique, mais une atteinte dégénérative débutante multi-étagée, conclusion dont ne permet pas de s'écarter le courrier du Dr F_____, rhumatologue, bien au contraire, puisque ce médecin évoque des hernies intraspongieuses avec discopathies inflammatoires, une discopathie L5-S1 et ostéosclérose des sacro-iliaques, atteintes clairement dégénératives et ne relevant donc pas de la responsabilité de l'assureur-accident.

Le médecin a confirmé l'exigibilité de l'activité habituelle de déménageur, rappelant que l'accident n'avait eu pour conséquence qu'une entorse de la cheville gauche guérie et une contusion du genou gauche désormais asymptomatique.

Ainsi, l'argumentation du recourant ne saurait être suivie, dès lors qu'aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement.

On notera enfin que la fragilité psychologique alléguée pour la première fois par le recourant au cours de la procédure devant la Cour de céans est manifestement sans lien de causalité avec les atteintes dont l'intimée a à répondre.

En conséquence, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr E_____. Il convient donc de reconnaître que - si l'on ne prend en considération que les seules atteintes à la santé en lien avec l'accident, à savoir l'entorse à la cheville et la contusion du genou gauches -, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle le 5 avril 2021.

Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer sa capacité de travail. Cette mesure d'instruction ne s'avère pas pertinente au vu de ce qui précède, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il convient de rappeler que, dans la procédure d'octroi de prestations d'assurances sociales, il n'existe un droit formel à la mise en œuvre d'une expertise médicale qu'en cas de doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

* * * * *

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
Marie-Catherine SÉCHAUD	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 _____