RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2111/2022 **ATAS/75/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 février 2023

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Romain JORDAN	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN	intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, était engagé comme poseur de plafonds chez B_____SA (ci-après : l'employeur) jusqu'au 28 mai 2021. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

b. Par courrier du 15 juin 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a fait savoir à la SUVA qu'il avait subi le 28 mai 2021 un accident sur le lieu de travail et que son employeur l'avait licencié avec effet immédiat le soir-même « pour des motifs totalement fantaisistes ». L'employeur refusait d'annoncer l'accident survenu. L'assuré a dès lors invité la SUVA à intervenir auprès de celui-ci pour lui rappeler ses obligations.

c. Par formulaire signé le 16 juillet 2021, l'employeur a annoncé l'accident de l'assuré survenu le 28 mai 2021, sans décrire les circonstances de cet évènement. Il a transmis la déclaration d'accident à la SUVA, par courriel du 20 juillet 2021, en expliquant ce qui suit :

« M. A_____ a été licencié pour faute grave le 28.5.2021. N'ayant pas accepté ce licenciement, il a prétendu avoir eu un accident sur le chantier de C_____ à Vevey, site très sécurisé où même une petite coupure à un doigt fait l'objet d'un rapport de sécurité.
Les ouvriers travaillant avec lui ce jour-là ont confirmé l'absence d'accident et que M. A_____ allait très bien, même lors de sa convocation le soir du 28 mai dernier, M. A_____ n'a à aucun moment fait part d'un quelconque accident.
Nous nous permettons donc une réserve quant à ce fameux accident ».

B. **a.** Dans le rapport initial reçu à la SUVA le 27 juillet 2021, le docteur D_____ a indiqué que les premiers soins avaient été prodigués le 31 mai 2021. Il s'agissait d'une chute sur les genoux en descendant d'un échafaudage. L'assuré avait une douleur au ménisque interne du genou droit, lequel était tuméfié. Ce médecin a posé le diagnostic de contusion du genou droit avec une lésion du ménisque interne. L'incapacité de travail était totale.

b. Le 28 juillet 2021, l'assuré a expliqué que l'accident était survenu à 14h15 lorsqu'en descendant d'un échafaudage, il avait posé son pied sur des tuyaux de chauffage sous l'échafaudage et glissé sur ceux-ci. Ce faisant, il était tombé en arrière sur ses fesses, après avoir essayé de maintenir son équilibre avec ses jambes et ses mains. En se relevant, il avait senti un craquement au niveau des genoux. Comme la douleur était supportable, il avait continué à travailler. Il n'y avait pas de témoins de son accident.

c. Par certificat du 23 août 2021, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique a attesté une incapacité de travail totale pour trois à six mois à cause d'un accident.

d. Dans son rapport du 31 août 2021, le Dr E_____ a fait état d'une chute au travail suivie de douleurs et blocages itératifs du genou droit. L'IRM avait montré une déchirure de grade III du ménisque interne et d'autres lésions dégénératives. L'incapacité de travail était totale dès le 28 mai 2021 et il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident.

e. Le 15 septembre 2021, le Dr D_____ a informé la SUVA que l'assuré s'était cogné les deux genoux et avait chuté sur les fesses, en descendant d'un échafaudage. Il présentait des égratignures, des rougeurs sur la fesse droite et une tuméfaction du genou droit. Ce médecin a constaté une déchirure du ménisque interne droit. La capacité de travail était entière dès le 1er août 2021.

f. Le 8 octobre 2021, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté que l'assuré a subi un accident le 28 mai 2021. En descendant de l'échafaudage, il avait glissé et était tombé. Ce faisant, il s'était tordu le genou. Le lendemain, il avait senti son genou bloqué et ne pouvait plus le tendre. Une IRM avait montré une déchirure du ménisque interne, pour laquelle l'assuré a bénéficié d'une résection de la corne moyenne et postérieure du ménisque le 23 septembre 2021. Ce médecin a également attesté une incapacité de travail totale pour septembre et octobre 2021.

g. Par courrier du 13 octobre 2021, l'assuré a transmis à la SUVA le rapport et les certificats d'arrêt de travail précités. Il a expliqué que son ancien employeur ne contestait pas la survenance de l'accident. Son refus de déclarer cet évènement était uniquement motivé par le fait qu'il croyait que la couverture d'accident prenait fin avec le prononcé du licenciement. Ce n'est qu'une fois que l'assuré avait contesté le licenciement avec effet immédiat que l'ex-employeur avait mis en doute la survenance de l'accident. Cela étant, il a invité la SUVA à lui verser les prestations légales.

h. Dans son appréciation du 7 décembre 2021, la doctoresse G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a constaté, sur la base de l'IRM du 3 juin 2021, un état maladif cartilagineux du condyle fémoral interne de type microcalcifications, une lésion méniscale externe postérieure dégénérative non transfixiante, un remaniement dégénératif du ménisque interne et une fissure horizontale a priori transfixiante dans la partie inférieure de la corne postérieure et une arthrose fémoro-tibiale interne importante. Cela étant, il n'y avait pas de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante.

i. Dans son appréciation médicale du 3 janvier 2022, cette dernière a confirmé l'avis précité. Elle a précisé que la fissure horizontale constatée sur l'IRM ne constituait pas une déchirure verticale nette post-traumatique. Il n'y avait aucun signe de contusion osseuse post-traumatique ni de fracture-arrachement, ni d'atteinte des ligaments latéraux, ni d'hématome des parties molles.

j. Par courrier du 3 janvier 2022, la SUVA a refusé de verser les prestations à l'assuré, le lien de causalité entre les lésions et l'accident n'étant pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

k. Par courrier du 5 janvier 2022, l'assuré a contesté ce refus de prestations, en affirmant qu'il y avait un lien de causalité entre les lésions et l'accident.

l. Le 13 janvier 2022, l'assureur-maladie de l'assuré a formé opposition à ce refus de prestations à titre préventif.

m. Par décision formelle du 19 janvier 2022, la SUVA a confirmé son refus de prestations.

n. Le 2 février 2022, l'assureur-maladie de l'assuré a retiré son opposition, après avoir pris connaissance du dossier.

o. Par courrier du 21 février 2022, le Dr D_____ a déclaré au conseil de l'assuré que celui-ci ne semblait pas avoir eu de soucis avec son genou droit avant l'accident et que le traumatisme d'une torsion-entorse du genou droit était typique pour une lésion méniscale de ce type.

p. Par courrier du 21 février 2022, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA et a demandé l'octroi des prestations légales. Subsidiairement, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale.

q. Par décision du 25 mai 2022, la SUVA a rejeté l'opposition, en se fondant sur l'appréciation du 3 janvier 2022 de la Dresse G_____.

C. **a.** Par acte du 27 juin 2022, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations légales pour les suites de l'accident, avec intérêts moratoires, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise. L'ensemble des médecins qui l'avaient examiné avaient estimé que la lésion était post-traumatique et la Dresse G_____ était la seule à contester le lien de causalité. De surcroît, elle avait indiqué dans son appréciation médicale du 3 janvier 2022 qu'elle n'avait pas clôturé son appréciation, n'étant pas en possession du rapport opératoire du Dr E_____. Celui-ci n'avait versé ce rapport au dossier que le 13 janvier 2021. Elle n'avait pas non plus disposé des clichés radiographiques. Elle prêtait au Dr D_____ des constats qui ne figuraient pas dans ses rapports. Son rapport n'était en outre pas probant, dès lors qu'elle n'avait pas examiné l'assuré. Au demeurant, la médecin d'arrondissement avait admis que l'évènement du 28 mai 2021 avait provoqué un craquement, ce qui devait suffire pour admettre l'obligation de prester de l'intimée. Le recourant a également reproché à l'intimée une violation du droit d'être entendu, dès lors que la décision sur opposition n'indiquait pas les motifs pour lesquels les arguments qu'il avait mis en avant étaient infondés. L'intimée n'avait pas non plus expliqué pourquoi elle refusait de mettre en œuvre une expertise. Elle avait en outre violé la maxime inquisitoire en

omettant de procéder à des actes d'instruction suite à son opposition détaillée et alors même qu'il avait produit des rapports de trois médecins différents qui l'avaient examiné et qui n'étaient pas ses médecins traitants, confirmant la nature post-traumatique de la lésion. Enfin, une déchirure du ménisque constituait une lésion corporelle assimilée à un accident qui était également couverte par l'assureur-accident.

b. Le 24 août 2022, la Dresse G_____ a confirmé son appréciation précédente et a ajouté que le Dr E_____ ne décrivait pas dans son rapport opératoire de lésion en anse de sceau qui aurait correspondu à une luxation traumatique du ménisque et l'IRM ne montrait pas une telle lésion. Il n'y avait par conséquent seulement une décompensation aigüe provisoire d'un état dégénératif et l'évènement avait cessé de produire ses effets après trois mois au maximum.

c. Dans sa réponse du 8 septembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, sur la base de l'appréciation de sa médecin d'arrondissement. Le fait que le recourant a ressenti des douleurs et a consulté ensuite un médecin qui a constaté la déchirure du ménisque, ne permettait pas d'admettre un rapport de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante.

d. Dans sa réplique du 15 novembre 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions, en reprenant pour l'essentiel ses précédents griefs. Il a par ailleurs relevé que la Dresse G_____ admettait que l'accident avait été pour le moins l'élément déclencheur de la lésion. Par conséquent, l'intimée aurait dû au moins conclure à l'admission partielle du recours. Le rapport complémentaire de la médecin d'arrondissement de l'intimée ne répondait en outre pas aux multiples incohérences qu'il avait relevées.

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 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.

5. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la déchirure du ménisque ou une éventuelle décompensation d'un état maladif préexistant sont dans un rapport de causalité avec l'accident du 28 mai 2021.

6. Le recourant reproche en premier lieu à l'intimée un défaut de motivation de sa décision sur opposition.

6.1 L'obligation de motivation déduite du droit d'être entendu garanti à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) doit notamment permettre au justiciable de comprendre la décision de l'autorité (arrêt du Tribunal fédéral 2C_1153/2014 du 11 mai 2015 consid. 3.1). Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (arrêt du Tribunal fédéral 6B_819/2018 du 25 janvier 2019 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier principe est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_762/2009 du 5 juillet 2010 consid. 2.2).

6.2 En l'occurrence, l'intimée n'est certes pas entrée en matière sur tous les griefs soulevés par le recourant. Néanmoins, celui-ci pouvait comprendre que les prestations étaient refusées au motif que le lien de causalité entre les lésions et l'accident était nié. Cela doit être considéré comme une motivation suffisante.

7.

7.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur

extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

7.2 Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladifs préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

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).

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 énumérée dans 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).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique

du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

9. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

9.1 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).

9.2 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.

9.2.1 Ainsi, 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).

9.2.2 Ainsi, 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).

10.

10.1 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).

10.2 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 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

10.3 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

11. En l'espèce, se pose en premier lieu la question de savoir s'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant a subi un accident en date du 28 mai 2021.

Le recourant déclare le 28 juillet 2021 que l'accident est survenu à 14h15 lorsqu'il descendait d'un échafaudage, a posé son pied sur des tuyaux de chauffage sous l'échafaudage et glissé sur ceux-ci. Ce faisant, il est tombé en arrière sur ses fesses, après avoir essayé de maintenir son équilibre avec ses jambes et ses mains. En se relevant, il a senti un craquement au niveau des genoux. Comme la douleur était supportable, il avait continué à travailler. Il n'y a pas de témoins de son accident.

Dans son rapport reçu le 27 juillet 2021, le Dr D_____ indique que les premiers soins ont été prodigués le 31 mai 2021, soit trois jours après l'évènement annoncé par le recourant. Il s'agissait d'une chute sur les genoux en descendant d'un

échafaudage. L'assuré avait une douleur au ménisque interne du genou droit, lequel était tuméfié. Le 15 septembre 2021, ce même médecin atteste que l'assuré s'était cogné les deux genoux et avait chuté sur les fesses, en descendant d'un échafaudage. Il présentait des égratignures, des rougeurs sur la fesse droite et une tuméfaction du genou droit.

Le 8 octobre 2021, le Dr F_____ atteste que l'assuré a subi un accident le 28 mai 2021 en descendant de l'échafaudage et en glissant. En tombant, il s'est tordu le genou. Le lendemain, il a senti son genou bloqué et ne pouvait plus le tendre.

Toutefois, l'employeur conteste la survenance de cet accident dans son courriel du 20 juillet 2021. Il déclare que les ouvriers sur le chantier n'ont pas remarqué un accident et que lui-même n'a pas constaté, le soir du même jour, que le recourant était souffrant. Celui-ci ne lui avait pas non plus signalé un accident.

Il est vrai que le recourant a été licencié le soir-même du jour de l'accident avec effet immédiat. Du fait de la fin des rapports de travail, le recourant aurait éventuellement pu être tenté de déclarer un accident afin de toucher des indemnités journalières en l'absence d'un autre revenu. Il sied cependant de relever que l'employeur était en litige avec le recourant, celui-ci ayant contesté son licenciement. Ainsi, il ne peut être exclu que l'employeur ait contesté l'existence d'un accident à titre de mesure de représailles. Il est par ailleurs normal que les ouvriers sur le même chantier n'ont pas constaté l'accident du recourant, dès lors qu'il n'y avait pas de témoin. Enfin, le recourant a pu continuer à travailler jusqu'au soir et ne s'est rendu compte que le lendemain qu'il avait mal au genou, selon ses déclarations, si bien qu'il paraît plausible que l'employeur n'a pas observé qu'il était blessé. Le recourant lui-même n'avait peut-être pas encore l'intention d'annoncer un accident à ce moment-là, les douleurs n'étant apparues que le lendemain selon ses dires.

Quoi qu'il en soit, le Dr D_____ constate des égratignures, des rougeurs sur la fesse droite et une tuméfaction sur le genou droit lors de la première consultation. Cela constitue un indice indubitable pour la survenance d'un évènement accidentel. Partant, l'existence d'un accident doit être admise au degré de la vraisemblance prépondérante.

12. 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.

13. En l'occurrence se pose la question de savoir si l'accident tel que décrit par le recourant était propre à provoquer une déchirure du ménisque ou à décompenser provisoirement un état maladif préexistant.

13.1 Comme relevé ci-dessus, le recourant est tombé en arrière sur les fesses. Cela étant, il est difficilement compréhensible qu'il se soit blessé aux genoux. Par ailleurs, il n'a pas déclaré être tombé sur les genoux, mais uniquement qu'il a senti un craquement au genou en se relevant. Ce n'est que le Dr D_____ qui indique que le recourant s'est cogné les deux genoux et a chuté sur les fesses. Certes, ce médecin se fonde sur les déclarations du recourant. Il n'en demeure pas moins que ce n'est pas ce que celui-ci déclare à la SUVA ni ce qu'il allègue dans son recours (cf. ch. 2 à 3). Le Dr F_____ atteste le 8 octobre 2021 que le recourant s'est cogné les deux genoux, a chuté sur les fesses et s'est tordu le genou. Le 21 février 2022, le Dr D_____ fait état d'un traumatisme sous forme d'une torsion-entorse du genou droit.

13.2 En premier lieu, il est difficile de s'imaginer un accident où, en glissant, la personne tombe sur les genoux, puis en arrière sur les fesses. Le recourant ne mentionne pas non plus s'être tordu le genou ni le Dr D_____ dans son premier rapport. Le premier médecin qui fait état d'une torsion est le Dr F_____. C'est également le seul médecin qui mentionne que le genou droit du recourant était bloqué et qu'il ne pouvait plus le tendre, le lendemain de l'accident. Quant au Dr E_____, il fait état de blocages itératifs du genou droit.

Comme l'explique la Dresse G_____ dans son appréciation du 3 janvier 2022, une anse de sceau qui correspond à une luxation aigüe du ménisque déchiré, provoque en outre un blocage aigu en flexion du genou, lorsqu'elle survient en relation avec un traumatisme, rendant la continuation du travail impossible.

Au vu de ces éléments, il sied de constater que les circonstances telles que le recourant les décrit ne sont pas propres à provoquer une déchirure du ménisque.

13.3 Il n'en demeure pas moins que, selon la Dresse G_____, la chute a décompensé provisoirement l'état dégénératif préexistant pendant une durée de trois mois au maximum.

Certes, il n'est pas établi, comme démontré ci-dessus, que le recourant est tombé sur les genoux ni qu'il s'est tordu le genou droit. Toutefois, en essayant de maintenir son équilibre avec ses jambes et ses mains, après avoir glissé, il est tout à fait plausible qu'il ait fait un faux mouvement avec le genou droit, ce qui a décompensé l'état arthrosique de cette articulation. Il était par ailleurs tuméfié lorsque le recourant a consulté le Dr D_____ trois jours plus tard.

Il sied dès lors d'admettre que l'accident a pu provoquer une décompensation d'un état maladif préexistant du genou droit.

14. Cela étant, il doit également être constaté que la décompensation de l'arthrose du genou est dans un rapport de causalité, conformément à l'appréciation de la Dresse G_____.

Selon le rapport du 15 septembre 2021 du Dr D_____, le recourant pouvait retourner au travail le 1er août 2021, soit deux mois et trois jours après l'accident. Toutefois, dans la mesure où le Dr E_____ a attesté le 23 août 2021 encore une incapacité de travail de trois à six mois, il y a lieu d'admettre une décompensation de l'état dégénératif jusqu'au 27 août 2021, soit pendant la durée maximale reconnue par la médecin d'arrondissement. Par conséquent, une incapacité de travail doit être admise jusqu'à cette date.

15. Se pose encore la question de savoir si les traitements et l'incapacité de travail du recourant en rapport avec la déchirure du ménisque doivent être pris en charge par l'intimée en vertu de l'art. 6 al. 2 let. c LAA.

15.1 La Dresse G_____ constate à cet égard, sur la base de l'IRM du 3 juin 2021, des lésions d'ordre dégénératif, notamment du compartiment fémoro-tibial interne avec une chondropathie du condyle fémoral interne avec microcalcifications et des kystes osseux sous-chondraux de ce condyle. Le ligament croisé antérieur est très nettement épaissi avec un kyste mucoïde intra-tendineux et il y a une bursite sous le ligament latéral interne, compatible avec un dérangement interne chronique du genou en l'absence d'œdème ou d'hématome environnant. Il existe une fissure horizontale du ménisque interne, se terminant dans la partie inférieure de celui-ci au niveau de la corne postérieure à moyenne jusqu'à la surface supérieure au niveau du mur méniscal. Il ne s'agit pas d'une déchirure verticale

nette de type post-traumatique et il n'y a aucun signe de contusion osseuse post-traumatique ni fracture-arrachement, ni d'atteinte des ligaments latéraux ni d'hématome des parties molles. Ces lésions, y compris la déchirure complexe progressive du ménisque interne, peuvent s'expliquer par une surcharge chronique du compartiment interne avec arthrose et un genu vara constitutionnel décrit par le Dr D_____. Par ailleurs, une anse de seau, soit une fissure verticale s'étendant de la corne postérieure vers la corne antérieure, non présente in casu, provoque un blocage aigu en flexion du genou, empêchant la continuation normale du travail. Or, un tel blocage n'a pas été décrit par les médecins. L'évènement en cause a ainsi causé uniquement un craquement sans anomalie post-traumatique selon la vraisemblance prépondérante. L'état maladif est préexistant.

Dans son rapport du 25 août 2022, cette médecin confirme, après avoir pris connaissance du rapport opératoire, que la lésion du ménisque interne est une image d'état dégénératif avec remaniement au sein du ménisque et une fissure horizontale typique des ménisques dégénératifs qui se fendent. En effet, la fissure n'est pas nette, mais en étoile, même si elle est transfixiante à la partie inférieure du ménisque. D'autre part, le ménisque est externalisé. Cette externalisation est expliquée par un pincement de la surface articulaire en présence d'une arthrose. Ce pincement coince le ménisque et le rend sujet à des fissures dégénératives.

La Dresse G_____ relève que le Dr E_____ confirme que l'IRM montre une déchirure méniscale interne grade 3 et d'autres lésions dégénératives. Dans son rapport opératoire, il décrit la résection du tiers postérieur du ménisque et de son flap. Ce flap est compatible avec un ménisque qui part en lambeaux.

Même si l'arthrose était asymptomatique auparavant, la chute a tout au plus décompensée un état préexistant pour une durée d'au maximum trois mois, selon cette médecin, dès lors que l'arthrose aurait à tout moment provoqué des douleurs sans chute.

Le médecin d'arrondissement admet par ailleurs que le varus du genou était mentionné par le Dr F_____ dans son rapport du 8 octobre 2021 et non par le Dr D_____.

Le fait que la résection du ménisque a été effectuée sur un état arthrosique, ce qui va fatalement aggraver l'arthrose, peut expliquer que le recourant ne s'est pas senti mieux après l'opération. Par ailleurs, le Dr E_____ ne décrit pas dans son rapport opératoire de lésion en anse de sceau, correspondant à une luxation traumatique du ménisque, et l'IRM ne montre pas une telle lésion.

15.2 Les rapports de la Dresse G_____ ont été certes établis sans avoir examiné le recourant. Toutefois, un examen clinique n'aurait pas permis de se prononcer l'état dégénératif du genou. Seule l'analyse de l'IRM peut fournir les éléments médicaux à ce sujet.

Les rapports de la médecin d'arrondissement ont été par ailleurs rédigés en pleine connaissance du dossier médical, en particulier le second, prennent en compte les

déclarations du recourant et contiennent des conclusions très motivées. Contrairement à ce que prétend le recourant, cette médecin était en possession de l'IRM au vu des explications détaillées qu'elle donne et qui ne figurent pas dans le rapport relatif à cet examen radiologique.

Ses rapports ne sont pas en contradiction avec ceux des médecins du recourant, ceux-ci ne s'étant pas prononcés sur l'état dégénératif du genou droit. Ils sont uniquement partis de l'hypothèse que le recourant a subi une torsion-entorse traumatique du genou qui a provoqué la déchirure et ne se sont pas posé des questions sur l'incidence de l'état maladif préexistant sur les lésions. Au demeurant, le recourant avait 61 ans au moment de l'accident et a exercé un travail de force, si bien qu'il paraît dans le cours normal des choses qu'il présente des atteintes dégénératives importantes aux genoux. Les rapports des médecins du recourant, au demeurant peu détaillés, ne sont ainsi pas propres à mettre en doute l'analyse de la Dresse G_____.

Par conséquent, il sied d'admettre que les rapports de cette médecin ont une pleine valeur probante.

15.3 Au vu de l'appréciation de la médecin d'arrondissement, il appert que la déchirure du ménisque est due au degré de la vraisemblance prépondérante à un état dégénératif préexistant, compte tenu en particulier de ce que le genou droit ne s'était pas bloqué immédiatement après la chute et que le recourant a pu continuer à travailler jusqu'au soir.

Partant, l'intimée a apporté la preuve que cette déchirure est due de manière prépondérante à l'usure. Elle n'est par conséquent pas tenue de prester pour cette atteinte.

16. Dans la mesure où une valeur probante doit être attribuée aux rapports de la médecin d'arrondissement, la chambre de céans ne juge pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire.

17.

17.1 Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions en cas d'accident. Il peut également prétendre au paiement d'indemnités journalières durant son incapacité de travail, aux termes de l'art. 16 al. 1 LAA. Ce droit naît le troisième jour et s'éteint dès qu'il recouvre sa pleine capacité de travail (art. 16 al. 2 LAA).

17.2 En l'espèce, dès lors que le recourant était en incapacité de travail totale du 29 mai jusqu'au 31 juillet 2021 pour des atteintes en rapport de causalité avec son accident, l'intimée est tenue de lui accorder les indemnités journalières pendant cette durée et de lui rembourser les frais médicaux à sa charge durant cette période, sur présentation des décomptes de son assurance-maladie qui en a pris en charge du moins une partie.

18. Le recours sera donc partiellement admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'indemnités journalières du 29 mai au 27 août 2021 et du remboursement du traitement médical à sa charge durant cette période.

19. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.

20. La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 25 mai 2022.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant les indemnités journalières du 29 mai au 27 août 2021, après le délai d'attente, et à lui rembourser les éventuels frais médicaux à sa charge durant cette période, sur présentation des décomptes de son assurance-maladie.
5. Condamne l'intimée à lui verser une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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