RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2256/2020 **ATAS/786/2020**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juillet 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, 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

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1992, a été engagé le 14 mai 2019 par l'entreprise B_____ SA en qualité de maçon.

   À ce titre, il était assuré par son employeur contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

2. Le 19 juin 2019, l'assuré a été victime d'un accident : alors qu'il piquait du béton dans une tranchée de plus de 4 m. de profondeur et que la pelle creusait, un bloc de béton de 40 kg est tombé de la pelle, a roulé dans la tranchée et lui a percuté la jambe gauche.

3. Le jour même, l'assuré s'est présenté à l'Hôpital Privé Pays de Savoie, à Annemasse, en se plaignant de douleurs à la jambe gauche.

   La doctoresse C_____, spécialisée en médecine générale, a retenu les diagnostics d'entorse du genou et de contusion à la jambe et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 21 juin 2019, date à laquelle l'arrêt a été prolongé une première fois jusqu'au 14 juillet 2019.

4. L'arrêt de travail a ensuite été régulièrement prolongé en raison d'une lésion méniscale du genou gauche par le docteur D_____, spécialisé en médecine générale, puis par le Professeur E_____, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie.

5. Le 20 juin 2019, l'employeur de l'assuré a adressé une déclaration de sinistre à la SUVA.

6. Par courrier du 1er juillet 2019, la SUVA a accepté de prendre le cas en charge et de verser des indemnités journalières.

7. Par courrier du 23 juillet 2019, B_____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 juillet 2019.

8. Selon une note du 4 septembre 2019 au dossier de l'assureur, suite à un entretien téléphonique avec l'assuré, l'évolution était lente. Un scanner devait être effectué le 12 septembre 2019, après lequel une décision serait prise sur une éventuelle opération. L'assuré n'avait pas d'antécédent à ce genou.

9. Une imagerie par résonnance magnétique (IRM) a été effectuée le 11 septembre 2019, qui a montré un œdème osseux de part et d'autre du tunnel de ligamentoplastie tibiale qui apparaissait élargi, un épaississement de la plastie du ligament croisé antérieur (LCA), qui restait continue, une fissure horizontale et verticale de la corne postérieure du ménisque médial, avec fragment méniscal en arrière de l'interligne, une cicatrice linéaire rétractile au sein de la graisse de Hoffa et une chondropathie femorotibiale médiale modérée.

10. Dans un rapport adressé à la SUVA le 13 septembre 2019, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de méniscopathie traumatique et de fissure du ménisque. Il avait constaté des douleurs à l'effort, des limitations et des blocages. L'assuré avait comme antécédent une ligamentoplastie. L'incapacité de travail était totale jusqu'en novembre 2019. Une chirurgie du genou était préconisée.

11. L'assuré a été entendu le 18 novembre 2019 dans les locaux de la SUVA.

    Il a expliqué avoir subi une rupture du LCA du genou gauche trois ans plus tôt, lors d'un match de football. Une ligamentoplastie avait été effectuée à l'Hôpital de Montpellier ; il avait très bien récupéré et pu reprendre le football et son travail de maçon sans difficultés, ni gêne, ni douleurs.

    Le jour de l'accident, le bloc de béton était venu percuter, en roulant, son genou gauche sur le côté externe et l'avait propulsé au sol. Il avait eu des douleurs au genou, supportables car les muscles étaient chauds. Peu à peu, les douleurs avaient fortement augmenté et le genou avait gonflé. Il s'était alors rendu à l'Hôpital d'Annemasse.

    Il souffrait encore de douleurs au genou à la montée et à la descente des escaliers, à la marche prolongée, lorsqu'il passait d'une station assise prolongée à une station debout et lors de changements climatiques. Il souffrait également la nuit, en fonction des positions de sommeil. Son genou craquait régulièrement à la flexion, à l'extension et lorsqu'il passait d'une station assise ou couchée prolongée à une station debout. À la marche prolongée, son genou gonflait. Il marchait en charge partielle avec boiterie, sans cannes.

    Il était toujours en arrêt de travail à 100%. Pour le moment, son médecin n'avait pas émis de pronostic négatif quant à la reprise de son travail.

12. Dans un rapport du 18 novembre 2019, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que l'incapacité de travail était probablement toujours justifiée. Une intervention était envisagée sur le ménisque, le retour du spécialiste était attendu. L'accident avait temporairement décompensé l'état antérieur.

13. Par courriel du 25 février 2020, la SUVA a demandé à l'assuré de lui transmettre tous les documents médicaux concernant son ancien accident au genou gauche, ainsi que le nom de l'institution ayant pris en charge les suites de cet accident.

14. Par téléphone, l'assuré a répondu qu'il ne disposait pas des documents réclamés. Une infiltration avait été effectuée deux semaines plus tôt, la prochaine devait avoir lieu le 26 mars 2020. Il ne faisait plus de physiothérapie. Le chirurgien n'avait pas proposé d'opération. Il était toujours en arrêt de travail.

15. Par courrier du même jour, la SUVA a questionné le Prof. E_____ au sujet de l'état de son patient, des diagnostics retenus, du traitement entrepris, des

éventuelles comorbidités, du pronostic, de la chirurgie éventuellement effectuée et des antécédents de chirurgie du LCA de 2017.

16. Lors d'un entretien téléphonique s'étant tenu le 23 mars 2020, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il devait revoir son chirurgien. S'agissant de l'arthro-IRM, il était dans l'impossibilité de transmettre un document, le radiologue n'ayant pas fait de compte-rendu. Il donnerait des nouvelles s'agissant de son opération au genou.

17. La consultation prévue le 25 mars 2020 auprès du centre hospitalier a été reportée au 14 mai, puis au 2 juillet 2020 en raison de la crise sanitaire.

18. Le 18 mai 2020, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, et médecin d'arrondissement de la SUVA, a émis l'avis que les atteintes à la santé étaient préexistantes à l'accident du 19 juin 2019. Aucune intervention n'ayant été pratiquée, il fallait considérer l'état de l'assuré comme stabilisé deux mois après l'accident.

19. Par décision du 20 mai 2020, la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations au 31 mai 2020, au motif que, selon son médecin d'arrondissement, les troubles encore présents n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident. Le statu quo ante/sine pouvait être considéré comme atteint.

20. L'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre le travail. Il avait certes subi une intervention en 2017, mais celle-ci avait été une réussite. C'était son ménisque qui avait été touché lors de l'accident survenu en juin 2019.

    L'assuré a produit l'intégralité du dossier médical à sa disposition, notamment :

    - une lettre de sortie rédigée le 30 novembre 2017 par le docteur H_____, spécialisé en chirurgie orthopédique au Centre hospitalier universitaire de Montpellier, suite à la ligamentoplastie du LCA effectuée le 26 novembre 2017 ; l'IRM avait confirmé une rupture complète du LCA ; l'intervention n'avait montré ni chondropathie, ni lésion méniscale et s'était déroulée sans problème particulier, tout comme les suites opératoires ;

    - un rapport de contrôle postopératoire effectué par le Prof. E_____ le 15 janvier 2018, faisant état d'une très bonne évolution : l'assuré n'utilisait plus d'attelle, marchait sans boiterie, ni douleur, la flexion à froid était à 110-120°, il n'y avait pas de tiroir antérieur et l'état cicatriciel était parfait ;

    - un compte-rendu de consultation du 24 décembre 2019 par le Prof. E_____, indiquant avoir reçu l'assuré un mois auparavant pour des douleurs au niveau du genou gauche consécutives à un traumatisme datant de l'été ; le médecin disait avoir initialement pensé à une lésion méniscale, mais il n'y avait pas de lésion méniscale instable, raison pour laquelle il avait préconisé une infiltration de corticoïdes ; avant l'infiltration, il avait constaté un craquement et une douleur au niveau de l'aileron rotulien externe ; en revanche, il n'y avait ni douleurs, ni craquement au niveau de l'interligne fémoro-tibial

interne et externe ; il s'agissait donc plutôt d'un problème fémoro-patellaire ; l'IRM ne montrait pas de lésion ;

- un rapport d'arthroscanner effectué le 27 janvier 2020 par le docteur I_____, spécialisé en imagerie médicale, concluant à une fissuration méniscale instable avec languette méniscale antérieure déplacée, une perte de substance et fissuration complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque médial, un aspect distendu de la ligamentoplastie et une ballonisation du tunnel fémoral ; il n'y avait pas d'anomalie cartilagineuse ;
- un rapport de consultation du 28 janvier 2020 du docteur J_____, spécialisé en chirurgie orthopédique, relevant que l'évolution postopératoire initiale avait été très satisfaisante, mais que le patient avait subi, durant l'été 2019, un traumatisme au genou gauche depuis lequel il souffrait de gonalgies chroniques et de craquements ; il marchait avec une discrète boiterie du côté gauche ; la mobilité était à 0-90, limitée par la douleur ; l'arthroscanner mettait en évidence une extrusion partielle du ménisque externe du genou gauche pouvant expliquer les douleurs ; une infiltration aurait lieu la semaine suivante ;
- un compte-rendu d'infiltration de Diprostène du 6 février 2020 par le Dr J_____ ;
- la convocation pour un rendez-vous prévu le 2 juillet 2020 avec le Dr J_____, remplaçant celui du 14 mai 2020.

21. Le 23 juin 2020, le Dr G_____ a noté une contradiction entre les examens radiologiques et les examens cliniques ainsi que les décisions prises par les chirurgiens de Montpellier.

    Tout d'abord, l'on n'était pas en présence d'une ballonisation du tunnel fémoral, mais d'une ballonisation large et nette du tunnel tibial.

    Par ailleurs, les atteintes du compartiment médial étaient décrites radiologiquement comme quasi-instables alors que, cliniquement, elles avaient été qualifiées de stables par les chirurgiens de Montpellier. Si ces derniers avaient constaté une instabilité avec une languette accessible à une arthroscopie, ils n'auraient pas manqué d'intervenir, compte tenu de l'âge et de la profession de l'assuré, chose qu'ils n'avaient pas faite, préférant une infiltration. En effet, la ligamentoplastie s'avérait déficiente dans son isométrie et cette déficience créait une relative translation vulnérante pour les ménisques au genou, ainsi que pour le cartilage, d'où les multiplicités des atteintes méniscales retrouvées deux ans après la ligamentoplastie.

    Enfin, le traumatisme s'était fait par contusion externe, alors que les atteintes décrites au niveau du ménisque étaient internes. Là encore, il y avait une contradiction dans le mécanisme lésionnel, car pour causer les atteintes décrites au niveau méniscal, il fallait des rotations pied appuyé au niveau du sol.

    Ainsi, compte tenu des images et, en particulier, de l'arthroscanner avec les condensations, il fallait conclure que les atteintes méniscales s'étaient produites au

fil du temps, générées par le mauvais contrôle antéro-postérieur du tiroir et des rotations par une plastie du LCA défaillante.

On ne pouvait donc retenir comme vraisemblable que l'atteinte ait été causée par l'événement.

Le lien de causalité devait être considéré comme rompu à compter du 18 mai 2020.

22. Par décision du 25 juin 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en rappelant notamment que, selon la jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en assurances sociales.

23. Par acte du 13 juillet 2020, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en arguant que, selon son médecin, les atteintes à son genou gauche étaient dues à l'accident et non à la première intervention.

Le recourant reproche au médecin de l'intimée ne pas l'avoir examiné.

Il produit un dernier certificat d'arrêt de travail établi par le Prof. E_____ en mars 2020, prolongeant l'arrêt jusqu'au 1er août 2020 en soulignant l'absence de rapport avec une affection de longue durée et l'existence d'un lien de causalité avec les lésions méniscales.

24. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours le 27 août 2020.

Elle rappelle que, selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré, ce qui est le cas en l'espèce.

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. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la Chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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 aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit. 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. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 31 mai 2020, singulièrement sur la question de savoir si les troubles au genou gauche au-delà de cette date sont en lien de causalité avec l'accident du 19 juin 2019.

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

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

   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 que, 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.

8. 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).

9. 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 et ATF 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

10. a. 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).

b. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. 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. Etant 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).

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).

d. 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).

e. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 52 ; ATF 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).

11. 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).

12. 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).

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).

13. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 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).

14. 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, ATF 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 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. 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). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). 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).

16. En l'espèce, le 19 juin 2019, l'assuré a été victime d'un accident à la suite duquel il a été mis en arrêt de travail en tout cas jusqu'au dépôt de son recours.

    L'intimée a initialement octroyé des prestations en lien avec cet accident. Une chirurgie était alors envisagée, qui n'a finalement pas été pratiquée.

    On peut déplorer que l'intimée n'ait pas cru bon d'attendre les réponses du Prof. E_____ à ses questions pour rendre sa première décision, le 20 mai 2020, et mettre un terme au versement des prestations avec effet au 31 mai 2020, au motif que les troubles encore présents n'étaient plus en lien de causalité avec l'évènement. Cette décision se fondait sur le rapport extrêmement succinct du Dr G_____ du 18 mai 2020, émettant l'avis péremptoire, en deux lignes, que les atteintes étaient préexistantes et qu'au vu de l'absence d'intervention, l'état de l'assuré devait être considéré comme stabilisé deux mois après l'événement. Cette manière de procéder questionne, au vu du devoir d'instruction qui incombait à l'intimée.

    Cela étant, le recourant a eu l'opportunité, dans le cadre de la procédure d'opposition, de produire l'intégralité du dossier médical dont il disposait et ces

pièces ont été examinées par le Dr G_____, qui a rendu une deuxième appréciation sur laquelle l'intimée s'est fondée pour rendre la décision litigieuse.

Il convient à titre liminaire de relever que cette appréciation médicale n'est pas le fait d'un spécialiste indépendant, le Dr G_____ devant être considéré comme un médecin interne à l'intimée. Par ailleurs, elle a été établie sur dossier. Ces éléments ne suffisent toutefois pas pour nier la valeur probante de ce rapport, pour autant que celui-ci se fonde sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique du recourant et qu'il réponde aux réquisits jurisprudentiels en la matière, ce qui est le cas en l'espèce.

Le Dr G_____ a, dans son rapport du 23 juin 2020, examiné et pris en compte toutes les pièces médicales figurant au dossier, qui se fondent sur des examens personnels du recourant. L'avis du Dr G_____ est motivé de façon convaincante. Il a en particulier relevé que les divers examens réalisés à la suite de l'accident du 19 juin 2019 avaient permis de visualiser une ligamentoplastie du LCA détendue, avec un large tunnel tibial signant le balayage de la plastie à l'intérieur de celui-ci, témoin d'une mauvaise isométrie de cette ligamentoplastie, avec une détente relative. Cette ligamentoplastie est ainsi, selon le Dr G_____, déficiente, ce qui a créé une relative translation vulnérante pour les ménisques au genou, ainsi que pour le cartilage, expliquant les multiplicités des atteintes méniscales retrouvées deux ans après la chirurgie. Il note par ailleurs que l'absence d'intervention chirurgicale vient confirmer ce fait, puisque, si les chirurgiens avaient constaté une instabilité avec une languette accessible à l'arthroscopie, ils n'auraient pas manqué d'intervenir, compte tenu de l'âge du recourant et de sa profession. Or, ils ont préféré une infiltration à une chirurgie, en raison précisément de cette ligamentoplastie déficiente, selon le Dr G_____.

Le médecin explique également qu'il y a une contradiction dans le mécanisme lésionnel : le traumatisme s'est fait par une contusion externe, alors que les atteintes décrites au niveau du ménisque sont internes ; de surcroît, pour causer de telles atteintes, il faudrait selon lui non seulement une contusion, mais également des rotations pieds appuyés au sol.

Le Dr G_____ conclut enfin, à la lecture des images figurant au dossier, en particulier de l'arthroscanner, que les atteintes méniscales se sont produites au fil du temps, générées par le mauvais contrôle antéro-postérieur du tiroir et des rotations en raison de la plastie du LCA défaillante.

Ce rapport médical, détaillé et convaincant et établi par un spécialiste en chirurgie orthopédique, doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante.

Force est de constater que le dossier ne contient aucun rapport circonstancié amenant des éléments objectifs permettant de contredire l'appréciation du Dr G_____. Le Prof. E_____ n'a jamais répondu aux questions de l'intimée. Partant, la Cour de céans ne dispose d'aucun élément permettant de mettre en doute l'appréciation convaincante du Dr G_____, qui constitue la seule pièce médicale

explicitant clairement, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité entre les atteintes et l'évènement s'est rompu le 18 mai 2020.

L'intimée était dès lors fondée à mettre un terme au versement des prestations d'assurance au 31 mai 2020.

17. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	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