RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2733/2020 **ATAS/337/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à MEYRIN, représenté par Inclusion Handicap	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978, a travaillé en tant que chauffeur et employé de nettoyage, respectivement pour le compte des entreprises B_____ AG et C_____SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA ou l'intimée).

2. Les 30 octobre et 1er novembre 2019, la SUVA a reçu deux déclarations de sinistre, en lien avec un accident survenu le 26 octobre 2019. Dans la première déclaration, rédigée en allemand et émanant de B_____ AG, il était indiqué que l'assuré avait frappé le pied d'une table avec son genou, puis qu'il s'était agenouillé pour compter les cassettes du distributeur. Quand il s'était levé, quelque chose avait craqué dans son genou droit. Quand il s'était retourné, il avait senti une déchirure et son genou avait gonflé. Dans la seconde déclaration, émanant de C_____SA, il était indiqué que « suite à une collision sur une table, [l'assuré] s'est tordu le genou droit ».

3. Le 1er novembre 2019, la SUVA a reçu un certificat d'arrêt de travail concernant l'assuré, valable dès le 26 octobre 2019 et émanant d'une clinique genevoise (timbre illisible).

4. Dans un rapport d'imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit, daté du 5 novembre 2019, les médecins du Centre Jean-Violette ont conclu à un « aspect hétérogène, désorganisé, avec perte d'aspect fibrillaire du ligament croisé antérieur, évoquant une rupture du ligament croisé antérieur, difficile à dater, à corréler avec les antécédents et la clinique. Clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne sans atteinte de la surface articulaire, avec un kyste paraméniscal postérieur en voie de formation (grade II). Kyste osseux mucoïde intraosseux en regard des épines tibiales, en voie de formation ».

5. Invité à remplir un questionnaire, l'assuré a indiqué, le 13 novembre 2019, que le 26 octobre 2019, il avait chuté au travail. En se relevant, son pied était resté « fixé au sol » et il avait alors ressenti des fortes douleurs au genou droit. Il s'était rendu le même jour au Centre médical d'Onex, puis le 28 octobre 2019 chez le Dr D_____. Il devait être opéré par le Dr E_____.

6. Dans un certificat médical daté du 11 novembre 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré était en traitement médical depuis le même jour et que son incapacité de travail était totale, depuis le 26 octobre 2019.

7. Dans son rapport opératoire, daté du 15 novembre 2019, le Dr E_____ a confirmé avoir pratiqué une plastie du ligament croisé antérieur. Il a retenu le diagnostic postopératoire « [d']avulsion au plafond du ligament croisé antérieur du genou droit subtotale avec luxation de quelques fibres dans le compartiment externe, chondromalacie stade 2 à 3 sur une surface d'environ 8 x 8 mm du condyle fémoral interne, undersurface tear de la jonction de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne de ce genou ».

8. Dans un « rapport initial LAA » daté du 22 novembre 2019, le docteur D_____, médecin praticien FMH, a retenu le diagnostic de rupture totale du ligament croisé antérieur du côté droit. Les premiers soins avaient été dispensés le 28 octobre 2019. Au sujet du sujet du déroulement de l'accident, le médecin a indiqué : « s'est cogné le genou contre la table et puis accroupi par terre ; en se relevant : douleurs +++ ». Une ligamentoplastie avait été pratiquée à l'Hôpital de la Tour et l'incapacité de travail était totale depuis le 20 novembre 2019. Sous le chapitre « constatations objectives » du rapport, il a mentionné « douleurs + œdème + épanchement + laxité ».

9. Invitée à se déterminer sur le cas, la doctoresse F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué (en allemand), le 9 décembre 2019, que la date de la lésion du ligament croisé antérieure n'était pas claire sur les images et que cette lésion pouvait être d'origine plus ancienne. Le 13 décembre 2019, elle a répondu par la négative à la question de savoir si l'accident avait entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, des lésions structurelles objectivables. Selon elle, l'accident avait cessé de déployer ses effets après six semaines.

10. Par courrier du 31 décembre 2019, la SUVA a informé l'Hôpital de la Tour qu'elle prendrait en charge le traitement hospitalier, « sous réserve de prestations non reconnues par décisions de la CTM ».

11. Dans un courrier adressé à l'assuré le 3 janvier 2020, la SUVA a indiqué que, selon son médecin d'arrondissement, l'opération du 15 novembre 2019 ne portait pas sur les séquelles de l'accident. Elle mettait fin au versement des prestations avec effet au 16 décembre 2019 et clôturait le cas.

12. Le 7 janvier 2020, la SUVA a reçu une ordonnance du Dr E_____ pour la location d'un appareil d'électrostimulation.

13. Le 22 janvier 2020, le Dr E_____ a pris contact par téléphone avec la SUVA pour protester contre la décision de fin de prestations. L'assuré, souffrant d'une rupture du ligament croisé antérieur, ne pouvait logiquement pas travailler. Une action en justice serait entreprise et dans l'intervalle, il invitait la SUVA à lui transmettre l'appréciation de son médecin d'arrondissement.

14. Par courrier du 27 janvier 2020, l'assuré a requis le maintien des prestations jusqu'à guérison complète de son genou droit. Le 26 octobre 2019, lors de son activité de transporteur de fonds, il avait subi une violente torsion de son genou droit. En soulevant un sac de billets d'au moins 10 à 15 kg, le pied « fixé sur le sol de l'agence », il avait effectué une rotation avec le haut du corps pour transmettre le sac à un collègue « et de là, une torsion violente de [son] genou [s'était produite], avec douleurs immédiates et impotence ». Les lésions du ligament croisé antérieur et du ménisque qui lui avaient été diagnostiquées étaient clairement en relation avec l'accident.

15. Dans une appréciation médicale datée du 3 février 2020, rédigée en allemand, la Dresse F_____ a rappelé que l'assuré avait ressenti une douleur au genou le

26 octobre 2019, après avoir heurté une table et s'être relevé. Une distorsion ou une contusion était possible. Une IRM avait par la suite été réalisée relativement rapidement, le 5 novembre 2019, soit quelques jours après la symptomatologie douloureuse. Sur l'IRM, une lésion du ligament croisé antérieur était visible, toutefois sans aspect frais. Il n'y avait pas de saignement dans l'articulation, ni d'autre signe d'une lésion traumatique récente. De plus, des changements dégénératifs étaient visibles, tels qu'une chondromalacie de stade 2-3, ainsi qu'une lésion horizontale débutante à l'intérieur du ménisque. La Dresse F_____ a répondu par la négative à la question de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante, le « dommage » (Schaden) qui avait été opéré était imputable à l'accident. L'événement n'avait entraîné qu'une aggravation transitoire de l'état de santé pendant 6 semaines.

16. Dans une décision datée du 7 février 2020, la SUVA a retenu que, selon son médecin d'arrondissement, l'opération du 15 novembre 2019 ne portait pas sur les séquelles de l'accident. La SUVA avait néanmoins pris en charge cette intervention. Conformément à l'appréciation de la Dresse F_____, la SUVA retenait que 6 semaines au plus tard après l'événement, les troubles de l'assuré n'étaient plus en relation avec celui-ci, de sorte qu'elle mettait fin aux prestations (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 16 décembre 2019.

17. Par courrier du 2 mars 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision, en faisant valoir que l'intervention chirurgicale avait mis en évidence une lésion récente du ligament croisé antérieur, comme en témoignait un certificat du Dr E_____ annexé à son opposition. L'assuré se disait disposé à être examiné par un chirurgien orthopédiste de la SUVA ou un autre médecin.

    Dans le certificat joint à l'opposition, le Dr E_____ a attesté avoir traité l'assuré dès le 11 novembre 2019, lequel avait été victime d'un accident avec torsion du genou droit le 26 octobre 2019. Il s'en était suivi une lésion du ligament croisé antérieur, confirmée par IRM, et par l'intervention effectuée le 15 novembre 2019 (plastie du ligament croisé antérieur et suture méniscale interne). Lors de cette intervention, il avait été mis en évidence une lésion fraîche, récente du ligament croisé antérieur avec des fibres « venant en conflit dans le compartiment antérieur ». Lors de l'arthroscopie, il était clairement apparu que la lésion était récente et il n'y avait pas de résorption des fibres du ligament croisé antérieur, ou un « accolement chronique de celle[s]-ci contre le croisé postérieur, comme on peut le voir lors de lésion[s] chronique[s] ».

18. Dans un courriel adressé à la SUVA le 31 mars 2020, C_____SA a indiqué que l'assuré ne percevait plus d'indemnités journalières depuis décembre 2019, malgré les courriers de son chirurgien, et qu'elle transmettait donc à la SUVA les divers certificats médicaux de son employé. C_____SA invitait la SUVA à lui communiquer par écrit les motifs de sa décision afin qu'elle puisse faire une déclaration à l'assurance-maladie. L'assurance-maladie refusait de prester, étant donné que le médecin de l'assuré soutenait que le cas était lié à un accident.

19. Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA, le 2 avril 2020, l'assuré a indiqué que l'assurance perte de gain maladie refusait de lui verser des indemnités journalières, dans la mesure où il s'agissait d'un cas d'accident.

20. Dans une nouvelle appréciation datée du 12 mai 2020, rédigée en allemand, la Dresse F_____ a exposé que l'IRM réalisée rapidement après la distorsion / contusion du 26 octobre 2019 avait montré une lésion méniscale chronique, ainsi qu'une chondromalacie et une élongation / rupture fibreuse du ligament croisé antérieur. Un hématome osseux ou une hémarthrose, qui devaient être présents en tant que signe d'un étirement excessif ou d'une rupture fibreuse du ligament croisé antérieur, n'étaient pas présents. Les images peropératoires ne montraient aucun dépôt d'hémosidérine, ni hémarthrose. Cela ne rendait pas très vraisemblable que les lésions en cause fussent survenues à la suite de l'événement du 26 octobre 2019. Ni l'imagerie, ni les images peropatoires ne rendaient hautement vraisemblable des lésions structurelles d'origine accidentelle. Afin d'établir un lien de causalité entre la rupture du ligament croisé antérieur et l'événement du 26 octobre 2019, il devait y avoir des signes de traumatisme. Or, il n'y avait aucune lésion ou hématome indiquant un tel traumatisme. Pour cette raison, elle maintenait l'opinion qu'elle avait exprimée le 3 février 2020.

21. Par décision sur opposition du 20 juillet 2020, la SUVA a rejeté l'opposition. Il ressortait des déclarations d'accident que l'assuré avait présenté des douleurs après s'être cogné le genou droit contre une table. Le 12 novembre 2019, il avait déclaré avoir chuté au travail et avoir ressenti des douleurs au genou droit en se relevant, puis le 27 janvier 2020, il avait déclaré qu'alors qu'il avait le pied « fixé sur le sol de l'agence », il s'était violemment tordu le genou en soulevant un sac de billets d'au moins 10 à 15 kg et en effectuant une rotation avec le haut du corps pour transmettre ce sac à son collègue. Les déclarations successives de l'assuré paraissaient contradictoires par rapport aux déclarations d'accident, mais la SUVA avait malgré tout pris en charge le cas à titre d'accident professionnel.

    Le rapport d'IRM du 5 novembre 2019 avait mis en évidence un aspect hétérogène et désorganisé du ligament croisé antérieur, avec perte d'aspect fibrillaire, ce qui évoquait une rupture ligamentaire, difficile à dater. L'IRM avait également montré un clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne, avec un kyste paraméniscal postérieur en voie de formation et un kyste osseux mucoïde intraosseux, également en voie de formation. Selon le médecin d'arrondissement, l'IRM du 5 novembre 2019, réalisée peu de temps après l'apparition des douleurs, avait montré une lésion du ligament croisé antérieur, mais sans aspect frais, notamment sans saignement dans l'articulation du genou et sans autre signe de lésion traumatique récente. En outre, des changements dégénératifs étaient visibles (chondromalacie de stade 2-3 et lésion méniscale horizontale naissante). La Dresse F_____ avait donc répondu par la négative à la question de savoir si l'accident de 2019 avait entraîné une lésion structurelle et si l'opération était en

relation causale avec l'accident. Selon elle, l'accident avait cessé de déployer ses effets après six semaines.

Pour requérir le maintien des prestations, l'assuré se fondait sur un rapport du Dr E_____ affirmant que lors de l'intervention, il avait été mis en évidence une lésion « fraîche » et récente du ligament croisé, avec des fibres venant en conflit dans le compartiment intérieur. Il n'y avait pas de résorption des fibres du ligament croisé antérieur ou un « accolement chronique de celle-ci[s] contre le croisé postérieur, comme on pouvait le voir lors de lésion[s] chronique[s] ». Toutefois, selon l'appréciation détaillée du médecin d'arrondissement (cf. rapport du 11 mai 2020), l'IRM ne montrait pas de contusion osseuse ou d'hémarthrose, qui devait être présente comme un signe d'étirement excessif ou de rupture des fibres du ligament croisé antérieur. Par ailleurs, l'imagerie per-opératoire et l'IRM n'avaient pas montré de dépôt d'hémosidérine ou d'hémarthrose, ni de signe de traumatisme. Au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne pouvait admettre que les lésions avaient été causées par l'événement du 26 octobre 2019. Du reste, l'assurance-maladie de l'assuré n'avait pas contesté la décision de la SUVA.

22. Par acte du 8 septembre 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 20 juillet 2020 et à l'octroi de prestations au-delà du 16 décembre 2020.

    Il a reproché au médecin d'arrondissement de la SUVA d'avoir examiné la situation sous l'angle de la preuve requise par l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), plutôt que sous la preuve libératoire exigée par l'art. 6 al. 2 LAA. En effet, dans le contexte d'une lésion assimilée, telle que celle qu'il avait subie au niveau du ligament croisé antérieur, l'assureur était tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apportait pas la preuve que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. C'était donc à l'assureur de démontrer le caractère maladif de l'atteinte et non à l'assuré de démontrer le caractère « accidentel » de la situation. En l'occurrence, la SUVA n'avait pas rapporté cette preuve libératoire et devait donc continuer de lui verser des prestations au-delà du 16 décembre 2019. À titre subsidiaire, il relevait que l'avis du médecin d'arrondissement n'aurait pas dû être suivi « sans autre considération » ; si le médecin d'arrondissement avait estimé, sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA, que les imageries ne prouvaient pas l'existence de lésions d'origine accidentelle, le Dr E_____ avait attesté de son côté d'une lésion ligamentaire récente. Quant au rapport d'IRM, il attestait simplement de la lésion des ligaments, tout en précisant qu'elle était difficile à dater et qu'il fallait tenir compte des antécédents et de la clinique. Conformément à la jurisprudence, ces divergences d'appréciation auraient dû conduire la SUVA à requérir l'avis d'un médecin « neutre ».

23. Dans sa réponse du 8 octobre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Dans sa jurisprudence récente, le Tribunal fédéral avait précisé que lorsque

l'assurance-accidents avait admis l'existence d'un accident et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle assimilée, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, il devait prendre en charge les suites de cette lésion sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. En l'espèce, malgré les réserves formulées dans sa décision, la SUVA avait admis le caractère accidentel de l'événement du 26 octobre 2019 et alloué des prestations jusqu'au 15 décembre 2019. C'était donc de manière conforme à la jurisprudence qu'elle avait examiné le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA et considéré qu'au-delà de cette date, les troubles du recourant n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. S'agissant de l'argument tiré de la divergence entre les points de vue du Dr E_____ et du médecin d'arrondissement, l'intimée rétorquait que dans la mesure où elle avait qualifié d'accident l'événement du 25 octobre 2019, elle avait examiné à bon droit les lésions sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Par ailleurs, le recourant se contentait d'opposer l'avis de son médecin traitant à l'appréciation émise en mai 2020 par le médecin d'arrondissement, sans exposer en quoi cette appréciation ne satisferait pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Faute d'élément susceptible de remettre en question les conclusions du médecin d'arrondissement, il convenait d'admettre qu'au-delà du 15 décembre 2019, le recourant ne présentait plus de trouble en lien de causalité avec l'accident d'octobre 2019.

24. Par écriture du 20 octobre 2020, l'intimé a persisté dans les termes de son recours, relevant que la SUVA, dans sa réponse, reprenait l'argumentation exposée dans sa décision.

25. Cette écriture a été transmise à l'intimée, pour information, le 22 octobre 2020. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 LAA.

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS/GE E 5 10).

4. La modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

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

5. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles dont souffre le recourant au niveau du genou droit doivent être pris en charge par l'intimée au-delà du 16 décembre 2019.

6. a. Aux termes de 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.

   b. En relation avec les art. 10 et 16 LAA, cette disposition implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102; 122 V 417; 118 V 286 consid. 3a p. 291; 117 V 359 consid. 5d/bb p. 365). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1 p. 438 et les références citées).

   c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait

même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités). 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) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités).

7. a. 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.

b. 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 selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

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).

8. En l'espèce, dans sa décision du 7 février 2020, confirmée sur opposition le 20 juillet 2020, l'intimée a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais

de traitement) avec effet au 16 décembre 2019. Bien qu'ayant souligné des divergences entre les déclarations du recourant et les déclarations de sinistre au sujet du déroulement de l'accident, l'intimée a malgré tout reconnu la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et pris en charge les traitements dispensés ensuite de celui-ci jusqu'au 16 décembre 2019 (dont l'opération de novembre 2019), considérant que l'accident avait seulement causé une aggravation passagère d'un état antérieur pendant six semaines. L'intimée a fondé sa décision sur les rapports de son médecin d'arrondissement, la Dresse F_____, qui a estimé que l'IRM du 5 novembre 2019 et les images peropératoires ne montraient pas de signe de traumatisme.

De son côté, le recourant soutient que, dans le contexte d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, c'est à l'assureur de démontrer le caractère maladif de l'atteinte. L'assureur est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En l'occurrence, l'intimée n'a pas rapporté cette preuve libératoire et doit donc lui verser des prestations au-delà du 16 décembre 2019. Subsidiairement, le recourant fait valoir qu'au vu de la divergence entre les avis respectifs de la Dresse F_____ et du Dr E_____ au sujet de l'origine maladive ou accidentelle de sa lésion ligamentaire, l'intimée aurait dû requérir l'avis d'un médecin « neutre ».

9. L'IRM du 5 novembre 2019, réalisée quelques jours après l'accident, a mis en évidence une rupture du ligament croisé antérieur, un clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne, et deux kystes (paraméniscal et osseux) en voie de formation. S'il n'est pas contesté que les atteintes ligamentaires et méniscales dont souffre le recourant entrent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, la cause doit néanmoins être examinée sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, dans l'ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a jugé que lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, il devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 p. 70; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2). Dans la mesure où l'intimée a admis – malgré les doutes exprimés au sujet de son déroulement – que l'événement du 26 octobre 2019 était constitutif d'un accident, la cause doit être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA.

Cela signifie que l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA, jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte soit, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident et donc jusqu'à ce que le *statu quo sine vel ante* soit atteint (ATF 146 V 51 consid. 5.1, 8.5 et 9.1). Autrement dit, l'obligation de prester de l'assureur prend fin lorsque l'accident ne constitue plus une cause, même très partielle, de l'atteinte à la santé (Jenny

CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020 p. 35).

10. a. En l'occurrence, on se trouve en présence d'opinions médicales diamétralement opposées, émanant de spécialistes en chirurgie orthopédique, soit la Dresse F_____, médecin d'arrondissement, ainsi que le Dr E_____, chirurgien de l'assuré.

Dans son appréciation du 3 février 2020, la Dresse F_____ a indiqué qu'il était possible que l'assuré ait subi une contusion ou une distorsion du genou droit. L'IRM réalisée le 5 novembre 2019 – quelques jours après l'apparition des douleurs – avait mis en évidence une lésion du ligament croisé antérieur, mais sans aspect frais, notamment sans saignement dans l'articulation ni autre signe de lésion traumatique récente. En outre, des changements dégénératifs étaient visibles, tels qu'une chondromalacie (stade 2-3) ainsi qu'une lésion horizontale débutante du ménisque. À son sens, il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'opération fût en lien avec l'accident. Selon elle, l'événement n'avait entraîné qu'une aggravation transitoire de l'état de santé pendant six semaines.

b. De son côté, le chirurgien ayant opéré l'assuré, le Dr E_____, a attesté dans son rapport du 2 mars 2020 que son patient avait été victime d'un accident avec torsion du genou droit le 26 octobre 2019. Il s'en était suivi une lésion du ligament croisé antérieur, confirmée par l'IRM et par l'intervention effectuée le 15 novembre 2019 (plastie du ligament croisé antérieur et suture méniscale interne). Lors de cette intervention, il avait constaté une lésion « fraîche » du ligament croisé antérieur, avec des fibres « venant en conflit dans le compartiment antérieur ». Lors de l'arthroscopie, il lui était clairement apparu que la lésion était récente et il n'y avait pas de résorption des fibres du ligament croisé antérieur ou un « accolement » de celles-ci contre le ligament croisé postérieur, comme on pouvait le voir lors de lésions chroniques.

c. Dans son appréciation subséquente du 12 mai 2020, rédigée après réception des images peropératoires, la Dresse F_____ a maintenu son avis du 3 février 2020. Elle a exposé qu'en cas d'étirement excessif ou de rupture fibreuse du ligament croisé antérieur, un hématome osseux ou une hémarthrose auraient été présents. Pourtant, les images peropératoires ne montraient pas de dépôt d'hémosidérine ou d'hémarthrose. Cela ne rendait pas très vraisemblable que les lésions en cause fussent survenues à la suite de l'événement du 26 octobre 2019. Pour établir un lien causal entre la rupture du ligament croisé antérieur et cet événement, il devait y avoir des signes de traumatisme, lesquels faisaient défaut, vu notamment l'absence d'hématome sur l'IRM et les images peropératoires.

11. a. Il résulte de ce qui précède que la question de savoir si l'accident du 26 octobre 2019 a provoqué la rupture du ligament croisé antérieur est controversée. Le chirurgien ayant opéré l'assuré, qui considère que la lésion ligamentaire est

consécutive à l'accident, affirme avoir constaté une lésion récente, ce dont témoignerait le fait que les fibres du ligament croisé antérieur ne se sont pas « accolées » au ligament croisé postérieur. Le chirurgien semble également contester tout retour au *statu quo sine vel ante*, puisqu'il a pris contact avec la SUVA pour protester contre la décision mettant fin aux prestations. La Dresse F_____, qui estime de son côté que la rupture ligamentaire n'a probablement pas été provoquée par l'accident, fait valoir que les imageries réalisées après l'accident n'ont pas mis en évidence d'épanchement sanguin et qu'elles ont montré certaines lésions typiquement dégénératives (chondromalacie et lésion horizontale débutante du ménisque). La chambre de céans observe toutefois que la Dresse F_____ n'a pas pris position sur l'argument du chirurgien selon lequel les fibres du ligament croisé antérieur ne se sont pas « accolées » au ligament croisé postérieur, ce qui démontrerait une lésion récente. En outre, le constat de la Dresse F_____ selon lequel aucun épanchement sanguin n'aurait été mis en évidence postérieurement à l'accident est mis en doute par le rapport initial LAA du Dr D_____, lequel fait état d'un « épanchement », en sus d'un œdème. Par ailleurs, on constate que les rapports de la Dresse F_____ sont très succincts et qu'ils ne permettent pas de déterminer si le recourant avait déjà consulté des médecins, respectivement subi des examens pour son genou doit par le passé, ce qui constituerait de toute évidence une information utile pour corroborer la thèse que semble défendre cette praticienne, selon laquelle la rupture du ligament croisé antérieur serait survenue avant l'événement d'octobre 2019. Au vu de ce qui précède, il subsiste un doute quant à la pertinence de l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA, à teneur duquel l'accident n'aurait engendré qu'une simple contusion / distorsion, dont les effets auraient cessé après six semaines.

b. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Ainsi, 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, même minimes, 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; arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.3.3 ; 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3; 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits

déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA; ATF 132 V 368 consid. 5 p. 374; arrêt 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et ses références).

c. En l'occurrence, dans la mesure où des doutes subsistent quant à la persistance, au-delà du 16 décembre 2019, d'un lien de causalité entre l'accident d'octobre 2019 et les atteintes du genou droit, une instruction complémentaire s'impose. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimée pour ce faire, conformément à l'art. 44 LPGA.

12. Partant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 20 juillet 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

13. Le recourant, qui est représenté, a droit à une indemnité de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

14. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 20 juillet 2020.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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