



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3033/2018

ATAS/273/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 avril 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LE LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marco CRISANTE

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en février 1962, de nationalité portugaise, a travaillé à compter de janvier 2012 en qualité de carreleur et était affilié, par le biais de son employeur, contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'assureur).
2. Alors qu'il travaillait sur un chantier, le 9 novembre 2015, l'assuré a manqué une marche et a chuté. En tombant, il s'est heurté le genou droit et s'est tordu la cheville.

Il s'est rendu au centre médico-chirurgical de Vermont-Grand-Pré où il a, dans un premier temps, été examiné par le docteur B_____. A la demande de celui-ci, les examens suivants ont été effectués :

- une radiographie réalisée le 11 novembre 2015 n'a pas mis en évidence de fracture ; en revanche, un petit éperon calcanéen a été constaté ;
 - un ultrason du même jour a décelé un épanchement intra-articulaire au niveau du genou et une lésion méniscale externe a été soupçonnée ; en revanche, aucune lésion au niveau de la cheville n'a été observée ;
 - une imagerie à résonance magnétique (IRM) du genou droit, effectuée le 1^{er} décembre 2015, a mis en évidence une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne.
3. Selon le rapport initial du Dr B_____ du 12 janvier 2016, ont été retenus les diagnostics d'entorse et épanchement intra-articulaire du genou droit, entorse de la cheville et lésion du ménisque interne de grade III. Une incapacité totale de travail a été attestée.
 4. Le 8 février 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, également médecin auprès de la permanence précitée, a confirmé le diagnostic de déchirure du ménisque.
 5. Le 22 février 2016, l'assuré a été examiné par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Selon le rapport y relatif, daté du même jour, le diagnostic était celui de status après traumatisme du genou droit le 10 novembre 2015. Subjectivement, l'assuré souhaitait reprendre son activité professionnelle, son genou allant mieux. Objectivement, la mobilité du genou était normale, sans signe méniscal à la palpation. Le test de Grinding était négatif. Devant une très discrète lame d'épanchement intra-articulaire, le Dr D_____ a proposé des séances de

physiothérapie. Une reprise à 50% de l'activité professionnelle pouvait être envisagée.

6. Les 10 mars et 29 avril 2016, le Dr C_____ a confirmé le diagnostic d'entorse du genou droit. L'évolution était lente et le pronostic favorable. La capacité de travail était de 50% dès le 16 mars 2016.
7. Le 10 mai 2016, le Dr C_____ a délivré un certificat attestant à nouveau d'une incapacité totale de travailler à compter de cette date.
8. Compte tenu de la discordance entre le rapport du 29 avril 2016 (incapacité de travail de 50%) et l'arrêt de travail total délivré à compter du 10 mai 2016 (incapacité de travail totale), la SUVA a sollicité, par courrier du 19 mai 2016, des explications.
9. Le 20 mai 2016, l'assureur a suspendu ses prestations à compter du 1^{er} juin 2016.
10. L'assuré a subi une intervention chirurgicale en date du 9 juin 2016. Selon le rapport opératoire y relatif, les diagnostics de gonarthrose débutante, petite déchirure de la corne moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne, chondropathie des compartiments interne et externe ainsi que plica synoviale ont été posés. Lors de l'intervention, le Dr C_____ avait en effet constaté une petite chondrite au niveau du compartiment fémoro-rotulien, une petite déchirure du bord libre du ménisque ainsi qu'un cartilage bien usé, de stade III à IV, au niveau du compartiment fémoro-tibial externe.
11. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui s'est prononcé le 11 août 2016.

Il a retenu que lors de l'intervention du 9 juin 2016, le Dr C_____ n'avait décelé qu'une lésion méniscale très limitée. En revanche, il avait constaté une gonarthrose du compartiment fémoro-tibial externe et conclu à une chondrite de stade III à IV. Ainsi, pour les seules suites de l'événement assuré (traumatisme avec chute en se cognant le genou droit), le *statu quo sine* devait être fixé au 31 août 2016 et l'activité professionnelle de carreleur pouvait être reprise au plus tard le 1^{er} septembre 2016, les troubles dégénératifs au niveau du compartiment externe étant probablement préexistants à l'accident du 9 novembre 2015.

12. Par décision du 16 août 2016, la SUVA a clos le cas au 31 août 2016 et mis fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement). La prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical revenait désormais à l'assurance-maladie, puisque, selon son médecin d'arrondissement, les troubles subsistant n'étaient plus dus à l'accident.
13. Les 23 août et 30 septembre 2016, l'assuré a contesté la position de la SUVA.
14. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr D_____ qui a considéré, dans une appréciation du 18 octobre 2016, que, dans la mesure où la lésion méniscale était de

petite taille, comme cela avait été signalé par le Dr C_____, il était peu probable que la symptomatologie de l'assuré soit en lien avec cette atteinte. Malgré la normalité de l'évaluation du 22 février 2016, la SUVA avait accepté de prendre en charge l'intervention chirurgicale. La symptomatologie clinique ayant motivé l'intervention était en réalité très probablement en lien avec l'arthrose constatée par le Dr C_____. Selon ce dernier, le cartilage était bien usé, stade III à IV. En général, l'évolution de gonarthroses, de chondromalacies fémoro-patellaires et fémoro-tibiales était de long cours, sur plusieurs années. Par conséquent, on ne pouvait admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle pour le moins probable entre le sinistre annoncé et les lésions constatées huit mois après. Par ailleurs, lors du sinistre, l'assuré n'avait pas souffert de lésions susceptibles de modifier d'une façon déterminante l'état pathologique antérieur.

15. Par décision du 2 décembre 2016, la SUVA a écarté l'opposition du 23 août 2016 et confirmé sa décision du 16 août 2016.
16. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans a annulé la décision du 2 décembre 2016 et a renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, vu l'absence au dossier d'un rapport médical circonstancié et probant permettant de statuer sur la nature exacte des plaintes de l'assuré et sur la date d'un éventuel statu quo (ATAS/963/2017 du 26 octobre 2017).
17. Le 22 janvier 2018, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui, dans son rapport du 30 janvier 2018, a conclu notamment à un status post-ménisectomie interne au genou droit, à une chondropathie fémoro-tibiale interne de stade III à IV et à une gonarthrose fémoro-tibiale bilatérale modérée.

L'assuré avait expliqué que son genou droit ne supportait pas les surcharges mécaniques ; il avait constaté un épanchement à la moindre surcharge. Un essai de reprise de travail à 50% avait été tenté le 31 août 2016, sans succès. Depuis le 1^{er} février 2017, une reprise à 50% était établie.

Selon le Dr F_____, le bilan clinique mettait en évidence un épanchement articulaire, sans atrophie musculaire évidente. Un bilan radiologique fonctionnel avait été effectué le 24 janvier 2018, par le docteur G_____, qui mettait en évidence une atteinte dégénérative bilatérale modérée et symétrique, à savoir une gonarthrose fémoro-tibiale.

Lors de l'appréciation médicale du 10 août 2016, avait été relevée la présence d'un état dégénératif préexistant et d'une atteinte méniscale interne minime. L'événement du 9 novembre 2015 avait cessé de déployer ses effets à neuf mois du traumatisme, en raison de l'atteinte dégénérative préexistante relevée lors de l'arthroscopie du 9 juin 2016 et confirmée par le bilan radiologique fonctionnel du 24 janvier 2018. L'atteinte dégénérative était par ailleurs bilatérale symétrique et concernait également les hanches.

18. Le 20 février 2018, le Dr F_____ a ajouté que la persistance de la symptomatologie au niveau du genou droit ne pouvait être considérée comme une complication de l'intervention du 9 juin 2016. Cette intervention avait mis en évidence une atteinte dégénérative avancée et l'excision vraisemblablement anecdotique d'un lambeau méniscal minime. Le médecin a rappelé que le bilan radiologique du 24 janvier 2018 avait montré un développement arthrosique bilatéral symétrique ; il n'y avait donc pas d'atteinte plus prononcée du côté droit. Devant l'absence d'aggravation asymétrique de l'atteinte dégénérative, on pouvait considérer que l'événement du 9 novembre 2015 avait cessé de déployer ses effets à neuf mois du traumatisme.
19. Le 10 avril 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle entendait rendre une nouvelle décision mettant fin à toute prestation au 31 août 2016.
20. Le 14 mai 2018, l'assuré a fait valoir que l'accident avait déclenché les symptômes qui persistaient encore. De plus, le Dr G_____ avait mis en évidence la persistance d'une subluxation, qui selon toute évidence, était d'origine traumatique. Le Dr F_____, dans son rapport du 30 janvier 2018, avait également souligné l'existence d'une atteinte méniscale interne qu'il qualifiait de dégénérative, sans fournir de plus amples explications. Par conséquent, l'état maladif n'était pas revenu au stade où il se trouvait avant l'accident, d'autant moins qu'aucune pièce ne faisait état de problèmes de genou antérieurs au 9 novembre 2015.
21. Par décision du 31 mai 2018, la SUVA a mis fin aux prestations au 31 août 2016, date à compter de laquelle elle a considéré que le statu quo sine avait été atteint.
22. Le 29 juin 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision en réitérant ses arguments du 14 mai 2018.
23. Par décision du 4 juillet 2018, la SUVA a rejeté l'opposition.
24. Par écriture du 5 septembre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser des prestations au-delà du 31 août 2016.

Le recourant estime que les troubles dont il souffre aujourd'hui encore sont en lien avec son accident.

Il relève que l'intimée n'a jamais contesté que l'accident du 9 novembre 2015 a déclenché ces symptômes.

Il se réfère à l'IRM pratiquée le 1^{er} décembre 2015 et au rapport du Dr B_____ du 12 janvier 2016 et rappelle qu'outre les lésions dégénératives, une lésion du ménisque interne de grade III a également été constatée.

Il soutient que l'assureur n'est pas parvenu à démontrer que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans l'événement et argue qu'il suffit que le facteur extérieur soit une cause possible de la lésion pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

Il ajoute que le retour à un *statu quo sine* doit être manifeste pour que l'assureur soit en mesure de mettre un terme aux prestations.

Selon lui, la seule mesure d'instruction mise en œuvre par l'intimée, à savoir l'examen pratiqué par son médecin d'arrondissement le 22 janvier 2018, ne permet pas d'écartier de manière certaine le lien de causalité, puisque le Dr F_____ a mis en évidence la présence d'une excision d'un lambeau méniscal, précisant qu'elle était vraisemblablement anecdotique. Il soutient que, lorsque le médecin estime que l'on peut considérer que l'événement a cessé de déployer ses effets à neuf mois du traumatisme, il n'exprime pas là une certitude. Le recourant y voit la démonstration que les conclusions du rapport F_____ ne sont que vraisemblables. Or, à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral, le degré de vraisemblance prépondérante ne saurait suffire pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Celle-ci doit être manifeste. Par ailleurs, le Dr F_____ a admis que, lors de l'intervention du 9 juin 2016, l'accident n'avait pas encore cessé de déployer ses effets.

Enfin, selon le recourant, aucun élément ne permet d'établir de manière probante que les troubles dégénératifs ne découlent pas de l'accident et seraient préexistants à ce dernier. A cet égard, il se réfère à l'avis du docteur H_____, qui, à l'IRM du 1^{er} décembre 2015, constatait que le cartilage était d'aspect normal et qu'il n'y avait ni argument pour une chondromalacie fémoro-patellaire, ni anomalie ligamentaire ou osseuse objectivable.

25. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 5 novembre 2018, a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens.

L'intimée considère que c'est à juste titre qu'elle a jugé que le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte à la santé était clairement établi, à tout le moins depuis le 31 août 2016.

Selon elle, l'appréciation du Dr F_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante et permet d'exclure l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes actuelles du recourant et l'événement. Les conclusions du Dr F_____ sont claires et corroborées par les appréciations des précédents médecins d'arrondissement auxquels le dossier du recourant a été soumis.

Le bilan clinique du 22 janvier 2018 a mis en évidence un épanchement articulaire sans atrophie musculaire évidente. Les examens complémentaires réalisés à la demande du Dr F_____ lui ont permis de déterminer que l'atteinte méniscale interne était minime, l'intervention chirurgicale ayant consisté en l'excision « vraisemblablement anecdotique, d'un lambeau méniscal minime », mais a en revanche mis en évidence une atteinte dégénérative préexistante, plus précisément une chondropathie de stade III à IV du compartiment fémoro-tibial externe, raison pour laquelle le Dr F_____ a conclu à l'existence d'un état dégénératif préexistant d'ailleurs symétrique des deux genoux et des deux hanches. C'est devant l'absence

d'aggravation asymétrique de l'atteinte dégénérative que le Dr F_____ a considéré que l'événement avait cessé de déployer ses effets à neuf mois du traumatisme.

Au surplus, le Dr F_____ a exclu que la symptomatologie du genou puisse être une conséquence de l'intervention dans la mesure où les lésions dégénératives étaient préexistantes à celle-ci et l'atteinte méniscale interne minime. Le caractère minime de l'atteinte méniscale a également été confirmé par les Drs E_____ et D_____ qui avaient déjà noté sa petite taille et le fait qu'elle était très limitée au niveau du compartiment interne. Le Dr C_____, médecin traitant du recourant avait, lui aussi, dans son rapport opératoire mentionné la présence d'une petite déchirure. Au surplus, à l'examen du recourant effectué le 22 février 2016, le Dr D_____ n'a pas constaté de signe méniscal à la palpation et le test de Grinding, visant à déterminer s'il y avait une lésion méniscale cliniquement symptomatique, s'était révélé négatif.

Les affections dégénératives constatées sont manifestement préexistantes à l'accident puisque, de manière générale, les gonarthrose, chondromalacie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale évoluent sur plusieurs années. Qui plus est, le Dr C_____ a constaté à l'opération que le cartilage était bien usé s'agissant du compartiment fémoro-tibial. Il a lui-même qualifié la chondropathie de stade III à IV, soit un stade avancé. Un tel stade ne saurait être atteint en sept mois seulement.

Le nouvel examen radiologique pratiqué en janvier 2018 a montré qu'il n'y avait pas d'atteinte plus prononcée à droite, ce qui permet de démontrer que l'accident, à l'instar de l'intervention du 9 juin 2016, n'a pas modifié ou péjoré l'état pathologique antérieur, à tout le moins au-delà d'une période de huit mois. Cela permet également d'exclure que la persistance de la symptomatologie puisse être considérée comme une complication de l'intervention.

Enfin, il n'y a aucune incertitude dans le rapport du Dr F_____. Celui-ci n'est pas rédigé au conditionnel et l'adverbe vraisemblablement ne concerne que le caractère anecdotique de l'excision et non l'absence du lien de causalité, ni le retour au statu quo sine. On ne saurait ainsi prétendre que le Dr F_____ se serait fondé sur la vraisemblance prépondérante pour exclure le lien de causalité et statuer sur le statu quo sine. Sans équivoque, ce médecin estime que l'événement a cessé de déployer ses effets à neuf mois du traumatisme au maximum.

26. Par écriture du 3 janvier 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.
27. Le 26 juillet 2019, le recourant a produit un rapport établi le 25 juillet 2019 par le Dr C_____, qui indique que si son patient était connu pour une gonarthrose, celle-ci était asymptomatique et indolore avant l'accident. Du fait que les douleurs se sont développées suite à l'accident, le médecin tire la conclusion que celui-ci a été le facteur déclenchant des problèmes actuels de son patient.

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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien 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 jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 4 juillet 2018, à supprimer le droit du recourant à des prestations d'assurance (traitement médical et indemnité journalière) à compter du 31 août 2016.
6. 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).

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).

7. 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. 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 serait survenu 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). La disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne

suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence).

9. a. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), déboîtements d'articulation (let. b), déchirures du ménisque (let. c), déchirures de muscles (let. d), élongations de muscles (let. e), déchirures de tendons (let. f), lésions de ligaments (let. g) et lésions du tympan (let. h). La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

b. Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_110/20165 du 16 novembre 2016 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, mêmes minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588/2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

d. 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. a. 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 (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
- b. 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 correspond 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. a. En l'occurrence, l'intimée est d'avis qu'à compter du 31 août 2016, que les troubles présentés par le recourant au genou droit n'ont plus été en lien de causalité naturelle avec l'accident, ce que le recourant conteste.

b. C'est suite à sa chute du 9 novembre 2015, que le recourant a souffert de douleurs au genou droit. Les investigations menées par les médecins ont mis en évidence une déchirure du ménisque interne et une entorse (rapport IRM du 1^{er} décembre 2015, rapport du Dr B_____ du 12 janvier 2016, rapports du Dr C_____ des 8 février, 10 mars et 29 avril 2016). L'intimée a pris en charge les suites de cet événement.

Lors de l'arthroscopie réalisée le 9 juin 2016, le Dr C_____ a procédé à la résection d'une petite déchirure de la corne moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne. Ce médecin a alors constaté une petite chondrite au niveau du compartiment fémoro-rotulien ainsi qu'un cartilage bien usé, de stade III à IV, au niveau du compartiment fémoro-tibial externe. Il a posé les diagnostics de gonarthrose débutante, petite déchirure du ménisque interne, une chondropathie des compartiments interne et externe ainsi qu'une plica synoviale.

Il n'est pas contesté par l'intimée que l'événement assuré a causé une déchirure méniscale, laquelle correspond à une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA. Cela étant, cette atteinte, traitée chirurgicalement le 9 juin 2016, n'apparaît pas, au vu des pièces versées au dossier, à l'origine des troubles présentés par le recourant postérieurement au 31 août 2016. En effet, le Dr C_____, chirurgien orthopédique traitant du recourant, ne prétend pas que la lésion méniscale serait à l'origine de la symptomatologie que son patient a continué à présenter à compter du 1^{er} septembre 2016, ni que celle-ci serait due à des complications post-opératoires (cf. rapport du 25 juillet 2019).

Le recourant soutient qu'aucun élément ne permet de retenir que les troubles dégénératifs constatés par le Dr C_____ ne découleraient pas de l'accident et qu'ils seraient préexistants à ce dernier.

Contrairement à ce qu'avance le recourant, le Dr C_____ a dûment attesté que son patient était connu, avant son accident, pour une gonarthrose (rapport du 25 juillet 2019). En outre, le Dr D_____ a expliqué que l'évolution des gonarthroses était de long cours, sur plusieurs années, de sorte que le lien de causalité naturelle, pour le moins probable, entre le sinistre et les lésions constatées huit mois après, ne pouvait être admis (rapport du 18 octobre 2016). Qui plus est, le bilan radiologique effectué le 24 janvier 2018 a permis de constater que l'atteinte dégénérative était également présente au genou gauche du recourant (rapport du Dr G_____ du 24 janvier 2018).

Pour l'ensemble de ces motifs, il y a lieu de retenir que le recourant présentait, au degré de la vraisemblance prépondérante, des atteintes dégénératives au genou droit, préexistantes à l'accident.

Cela étant, sur le vu des pièces médicales au dossier, il est incontestable que la chute a déclenché chez le recourant une symptomatologie douloureuse au genou droit. Si ce dernier présentait certes un état préexistant sous la forme d'une arthrose, celui-ci était auparavant asymptomatique, comme l'a souligné le Dr C_____ (rapport du 25 juillet 2019). Qui plus est, le Dr D_____ a relevé qu'au vu de la petite taille de la lésion méniscale, il était peu probable que la symptomatologie présentée par le recourant soit en lien avec cette atteinte. Selon lui, la symptomatologie clinique ayant motivé l'intervention du 9 juin 2016 était très probablement en lien avec l'arthrose (rapport du 18 octobre 2016) et le Dr F_____ ne conteste pas cette appréciation (rapports des 30 janvier et 20 février 2018).

Il s'ensuit que, dans la mesure où la symptomatologie douloureuse liée à l'état dégénératif du genou droit du recourant est apparue consécutivement à l'accident, l'intimée était tenue de lui allouer des prestations, ce qu'elle a d'ailleurs fait. L'intimée ne peut donc cesser de verser ses prestations pour les suites de ces troubles aussi longtemps qu'il n'est pas établi que l'état maladif du genou droit du recourant se serait trouvé au même stade, même sans l'accident subi. En l'absence de lésion assimilée à un accident, il convient de trancher cette question en appliquant le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en droit des assurances sociales.

A cet égard, l'intimée a fixé au 31 août 2016 la date du retour au statu quo sine, en se référant aux conclusions du Dr F_____, auxquelles elle a attribué une pleine valeur probante.

A la demande de l'intimée, le Dr F_____ a examiné le 22 janvier 2018 le recourant, lequel se plaignait d'un épanchement au genou droit à la moindre surcharge mécanique. Par rapports des 30 janvier et 20 février 2018, ce médecin a estimé, en se fondant sur un bilan radiologique réalisé le 24 janvier 2018, que les

genoux du recourant présentaient un développement arthrosique bilatéral symétrique. Il n'y avait pas de mise en évidence d'une atteinte plus prononcée du côté droit. Partant, devant l'absence d'aggravation asymétrique de l'atteinte dégénérative, on pouvait considérer que l'événement du 9 novembre 2015 avait cessé de déployer ses effets à neuf mois du traumatisme.

Cette conclusion ne convainc toutefois pas la Cour de céans. En effet, dans la mesure où l'assureur est tenu de prendre en charge le traitement d'un état maladif préexistant non seulement lorsqu'il a été aggravé par un accident, mais également lorsqu'il est apparu consécutivement à celui-ci (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2.), le fait, qu'en l'espèce, l'atteinte dégénérative au genou droit ne présente pas d'aggravation ne saurait suffire pour conclure que l'accident ne joue plus de rôle dans la symptomatologie présentée par le recourant neuf mois après le traumatisme. En d'autres termes, l'absence d'aggravation d'un état dégénératif n'est pas un élément suffisant pour démontrer la disparition du rôle causal d'un accident dans la persistance de symptômes.

Qui plus est, si le bilan radiologique décrit effectivement de manière identique les deux genoux du recourant (cf. rapport du Dr G_____ du 24 janvier 2018), il n'en demeure pas moins qu'à l'examen clinique effectué le 22 janvier 2018, le Dr F_____ a constaté, au genou droit, la présence d'un épanchement, une face inter-rotulienne douloureuse, ainsi que des douleurs succulentes au niveau de l'insertion proximale du tendon rotulien, de la patte d'oie et du TFL (tenseur du fascia lata), alors que le genou gauche, qui n'a pas subi de choc le 9 novembre 2015, ne présentait ni épanchement, ni douleurs à la rotule et aux différents tendons. Or, le Dr F_____ ne fournit aucune explication permettant de comprendre les différences cliniques constatées entre les deux genoux.

Les rapports du Dr F_____ ne permettent ainsi pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si l'accident survenu le 9 novembre 2015 ne joue effectivement plus aucun rôle dans l'état du genou droit du recourant, à compter du 31 août 2016.

Eu égard aux considérations qui précèdent et en l'absence de conclusions dûment motivées, les rapports du Dr F_____ n'emportent pas la conviction quant au rétablissement du statu quo au 31 août 2016, de sorte qu'ils ne peuvent se voir accorder pleine valeur probante.

Dans ces circonstances, la Cour de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur le rétablissement d'un éventuel statu quo. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire auprès d'un expert indépendant. Il appartiendra à l'intimée d'interroger l'expert sur le point de savoir si les atteintes à la santé présentées par le recourant sont encore en relation de causalité naturelle, ne serait-ce partiellement, avec l'accident du 9 novembre 2015, ou si au contraire, l'accident n'a plus d'influence sur l'état de santé du recourant. Le cas échéant, il appartiendra à

l'expert de préciser à partir de quand il considère que l'accident n'a plus eu d'influence sur l'état de santé du recourant et selon quel degré de probabilité (possible, probable ou certain). Un renvoi à l'intimée se justifie d'autant plus qu'aucune expertise administrative n'a été mise en œuvre.

15. Le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition de l'intimée du 4 juillet 2018 sera annulée. Le dossier sera renvoyé à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise administrative indépendante visant à déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité entre les troubles du genou droit du recourant postérieurement au 31 août 2016 et l'accident du 9 novembre 2015.
16. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
17. 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 4 juillet 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- 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

Marie-Catherine SECHAUD

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