RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3070/2021 **ATAS/747/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 août 2022

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, représenté par le Syndicat interprofessionnel des travailleuses & travailleurs (SIT)	recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1998, a travaillé, dès le mois de novembre 2019, en qualité d'installateur sanitaire pour le compte de l'entreprise B_____. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée). L'assuré a été licencié par B_____ le 2 novembre 2020, avec effet au 31 décembre 2020.

b. Par l'intermédiaire de son employeur, l'assuré a transmis à la SUVA une déclaration de sinistre le 17 novembre 2020. Il y était indiqué que, le 4 novembre 2020, l'assuré avait glissé sur une protection en plastique et était tombé sur les genoux, alors qu'il montait des escaliers en portant deux seaux remplis d'outils. Il en avait résulté une contusion du genou droit. Les premiers soins lui avaient été dispensés par le docteur C_____, lequel avait prescrit un arrêt de travail dès le 5 novembre 2020.

c. Le 6 novembre 2020, l'assuré a subi une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit, à l'issue de laquelle le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une « longue déchirure horizontale oblique d'allure instable de la corne postérieure du ménisque interne, associée à une petite grappe de kystes de dégénérescence mucoïde en périphérie postérieure de cette corne méniscale. Épanchement intra-articulaire secondaire. Pas de lésion cartilagineuse, ni d'œdème osseux le long du compartiment interne. Pas de lésion ligamentaire ni de lésion tendineuse. Pas de chondropathie ».

d. La SUVA a pris en charge le cas, notamment en versant à l'assuré des indemnités journalières.

e. Invité par la SUVA à compléter un rapport initial, le Dr C_____ a fait état, le 25 février 2021, d'une chute au travail sur le genou droit et diagnostiqué une déchirure du ménisque interne du genou droit. L'incapacité de travail était toujours en cours, et l'on pouvait s'attendre à ce que le traitement soit terminé dans les 4 à 6 semaines.

f. À l'occasion d'un entretien téléphonique avec la SUVA, le 12 mai 2021, l'assuré a confirmé être tombé sur ses genoux après avoir glissé sur une protection en plastique (décollée), alors qu'il montait des escaliers en portant deux seaux d'outils. Le Dr C_____, qu'il avait consulté le lendemain de la chute, lui avait fait passer des radiographies et prescrit des anti-douleurs, puis l'avait adressé chez un spécialiste, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. L'assuré a précisé que sa profession d'installateur sanitaire, physiquement astreignante, impliquait le port de charges lourdes, supérieures à 50 kg, ainsi que le maintien de la position agenouillée sur des durées plus ou moins longues.

g. Invité par la SUVA à compléter un rapport, le Dr E_____ a répondu, le 20 mai 2021, qu'une « réparation » par arthroscopie du genou droit était prévue le « 18 juin 2021 » à la Clinique F_____.

h. Interrogé par la SUVA sur la question de savoir si l'opération prévue en juin 2021 était en relation causale avec l'accident de novembre 2020, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a répondu, dans un bref avis médical daté du 10 juin 2021, que l'atteinte méniscale apparaissant sur l'IRM du 6 novembre 2020 était clairement dégénérative, comme en témoignait la présence de kystes intra méniscaux 48 heures après l'événement annoncé, lesquels étaient révélateurs d'une atteinte chronique. Au degré de la vraisemblance prépondérante, tout geste chirurgical prévu sur ce ménisque était en relation de causalité naturelle avec une atteinte méniscale dégénérative. Par ailleurs, le Dr G_____ a répondu par la négative à la question de savoir si une incapacité de travail demeurait justifiée, en lien avec les suites de l'accident du 4 novembre 2020.

i. Par courrier du 16 juin 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 17 juin 2021 et refusait la prise en charge de l'intervention du « 18 juin 2021 ». En effet, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, il fallait considérer qu'au 17 juin 2021 au plus tard, l'état de santé de l'assuré était tel qu'il l'aurait été sans l'accident du 4 novembre 2020.

B. **a.** À la demande du syndicat SIT, la SUVA a adressé à l'assuré une décision formelle le 22 juin 2021, par laquelle elle a confirmé mettre fin à ses prestations (indemnités journalières et remboursement des frais de traitement) avec effet au 15 juin 2021 et refusé la prise en charge de l'opération pratiquée le 16 juin 2021 (la SUVA ayant entretemps été informée que ladite intervention avait finalement été réalisée le 16 et non le 18 juin). Faisant sienne l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la SUVA a retenu que, depuis le 15 juin 2021 au plus tard, l'état de santé de l'assuré était tel qu'il l'aurait été si l'accident du 4 novembre 2020 n'était pas survenu.

b. Dans un rapport adressé à la SUVA le 25 juin 2021, le chirurgien de l'assuré, le Dr E_____, a exposé que le 4 novembre 2020, son patient avait subitement présenté une douleur et un épanchement après avoir trébuché au travail. L'IRM réalisée le 6 novembre 2020 avait mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, associée à des kystes et à un épanchement. L'assuré avait ensuite été opéré le 16 juin 2021. Le Dr E_____ estimait qu'en présence d'un traumatisme adéquat avec une douleur subite et un diagnostic de déchirure méniscale interne compatible avec l'accident, en l'absence par ailleurs de troubles dégénératifs significatifs mis en évidence lors de l'opération, il fallait considérer que l'opération entrait dans les suites de l'accident du 4 novembre 2020. Il soutiendrait l'assuré dans ses démarches visant à contester la décision du 22 juin 2021.

Le Dr E_____ a notamment joint copie du rapport opératoire qu'il avait rédigé le 16 juin 2021, dont ressortaient divers diagnostics (lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit ; kyste méniscal associé ; lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe, lésions cartilagineuses fissuraires de la rotule et du plateau tibial externe ; lésion cartilagineuse instable du condyle interne ; plica para-patellaire interne fibreuse ; corps cartilagineux intra-articulaires libres et synovites étendues) ainsi que le détail des gestes chirurgicaux effectués.

c. Le 16 juillet 2021, l'assuré a formé opposition contre la décision du 22 juin 2021, arguant que sa teneur lui paraissait contradictoire avec le courrier de la SUVA du 16 juin 2021 dont il ressortait que le terme des prestations avait initialement été fixé au 17 juin 2021 (soit au lendemain de l'opération). À son sens, le fait que le terme des prestations avait été avancé du 17 au 15 juin 2021 démontrait que la décision de la SUVA reposait sur des considérations financières plutôt que médicales. Il demeurait en arrêt de travail depuis l'intervention et estimait que l'atteinte (méniscale) pour laquelle il avait été opéré était toujours en relation causale avec l'accident.

d. Dans une appréciation datée du 16 juillet 2021, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a exposé en substance que le bilan IRM réalisé deux jours après le traumatisme avait mis en évidence une atteinte méniscale d'allure chronique, comme en témoignaient la présence d'un kyste plurilobulaire d'aspect feuilleté et d'une déchirure horizontale, typique des atteintes méniscales de type maladif. Par ailleurs, l'imagerie ne mettait pas en évidence d'atteinte traumatique aigüe, en particulier pas d'impact sous-cutané lié à la chute, ni d'atteinte osseuse, tendineuse ou cartilagineuse. Dans la mesure où, dans la déclaration de sinistre, il était allégué une chute avec réception sur les deux genoux, il y avait lieu de considérer que l'on était en présence d'une contusion simple du genou droit et que le traumatisme avait cessé de déployer ses effets au maximum après deux mois.

e. Par décision sur opposition du 12 août 2021, la SUVA a rejeté l'opposition. Selon l'appréciation probante du Dr H_____, l'IRM réalisée à la suite de la chute qu'avait subie l'assuré, avec réception sur les deux genoux, avait mis en évidence une atteinte méniscale d'allure chronique. Témoignait du caractère chronique de l'atteinte la présence d'un kyste plurilobulaire d'aspect feuilleté et d'une déchirure horizontale évoquant typiquement une atteinte méniscale d'origine maladive. Par ailleurs, l'IRM réalisée deux jours après l'accident n'avait pas révélé d'atteinte traumatique aigüe. Selon le Dr H_____, hormis un épanchement, il n'avait pas été mis en évidence d'atteinte osseuse, tendineuse ou cartilagineuse et pas davantage d'impact sous-cutané lié à la chute. Le médecin d'arrondissement avait donc considéré que l'accident de novembre 2020 n'avait entraîné qu'une contusion du genou droit, laquelle avait cessé de déployer ses effets après deux mois. Quant aux arguments de l'assuré, ils n'étaient pas susceptibles de modifier

l'issue du litige : une aggravation déterminante de l'état du genou droit ne pouvait être admise à défaut de lésion traumatique mise en évidence par l'IRM, et l'assuré fondait son argumentation sur un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc », lequel ne permettait pas d'établir une relation causale entre l'accident et les troubles dont il s'était plaint au-delà du 15 juin 2021. En conséquence, c'était à bon droit que la SUVA avait mis un terme à ses prestations avec effet au 15 juin 2021, c'est-à-dire plus de deux mois après l'accident.

C. **a.** Par acte du 14 septembre 2021, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 12 août 2021 et à ce que SUVA soit condamnée à la prise en charge, au-delà du 15 juin 2021, des indemnités journalières et de ses frais de traitement. À titre subsidiaire, il a requis le renvoi de la cause à la SUVA pour nouvelle décision.

Le recourant a fait valoir que, contrairement à ce qu'avait retenu le médecin d'arrondissement de l'intimée – lequel ne l'avait pas examiné personnellement – en relation avec l'absence d'atteinte osseuse, tendineuse ou cartilagineuse, son chirurgien, le Dr E_____, avait fait mention de nombreuses atteintes, notamment d'une lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque interne et de lésions cartilagineuses. À son sens, la décision de l'intimée ne reposait pas tant sur des considérations médicales que sur la volonté d'éviter la prise en charge d'une opération coûteuse. Le recourant a annoncé qu'il compléterait ultérieurement son recours et produirait prochainement un rapport de son médecin traitant, ainsi qu'un certificat médical.

b. Le 22 septembre 2021, le recourant a transmis à la CJCAS un certificat d'arrêt de travail pour cause d'« accident », établi par le Dr E_____, valable du 16 juin au 30 septembre 2021, ainsi qu'un nouvel exemplaire du courrier du Dr E_____ du 25 juin 2021.

c. Dans sa réponse, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a relevé avoir déjà répondu à l'argumentation exposée dans le recours, laquelle se recoupait pratiquement mot pour mot avec celle développée au stade de l'opposition. Le grief tiré de l'absence d'examen personnel par le médecin d'arrondissement était infondé, dès lors que la question litigieuse portait essentiellement sur l'origine accidentelle ou maladive de la lésion méniscale. Le médecin d'arrondissement s'était fondé sur les imageries versées au dossier et sur les rapports des médecins de l'assuré, ce qui était suffisant, et un examen clinique n'eût pas été susceptible d'apporter quoi que ce soit dans ce contexte. De surcroît, dans le cadre de la procédure de recours, le dossier avait été soumis à un troisième médecin d'arrondissement, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont les conclusions rejoignaient celles des autres médecins d'arrondissement. C'était donc à bon droit

qu'elle avait mis fin aux prestations avec effet au 15 juin 2021 et refusé l'opération pratiquée le 16 juin 2021.

L'intimée a joint à sa réponse une nouvelle appréciation rédigée le 19 octobre 2021 par le Dr I_____. En substance, ce médecin y a exposé que les kystes (para) méniscaux apparaissant sur l'IRM étaient la conséquence de l'atteinte méniscale, en ce sens que ladite lésion, une fois ouverte dans l'articulation, permettait au liquide synovial de sortir de la cavité articulaire et de former des kystes. Après un traumatisme, ce processus n'était pas immédiat et nécessitait un certain temps. Chez un sujet jeune, la tendance actuelle était de considérer qu'une atteinte méniscale associée à de tels kystes était en principe la conséquence d'une dégénérescence mucoïde du ménisque. À la suite de sollicitations du genou, cette dégénérescence aboutissait progressivement à une déchirure méniscale, généralement de type horizontal, permettant ensuite la constitution de kystes. En se basant sur l'aspect aplati et feuilleté du ménisque, ainsi que sur le type de déchirure méniscale (horizontale), associé à la présence de kystes, déjà visibles sur une IRM effectuée deux jours après le traumatisme, on pouvait affirmer que les lésions mises en évidence n'étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas la conséquence du traumatisme du 4 novembre 2020. À l'instar de ce qu'avait considéré le Dr H_____, le Dr I_____ estimait qu'au-delà de deux mois après l'événement, celui-ci ne jouait plus de rôle dans les troubles dont l'assuré continuait de se plaindre.

d. Le recourant a répliqué, réaffirmant que les avis des médecins d'arrondissement de l'intimée divergeaient de celui du Dr E_____, lequel avait fait état d'une « absence de trouble dégénératifs significatifs » et avait estimé qu'il « s'agi[ssait] donc des suites de l'accident du 4 novembre 2020 ». Au vu du rapport opératoire, qui mentionnait de nombreuses lésions, il était difficile de comprendre comment le Dr H_____ n'avait pu retenir qu'une simple contusion du genou. Enfin, le Dr E_____ lui paraissait plus apte que le Dr I_____ – qui ne l'avait jamais vu – à apprécier la question de savoir si les lésions étaient consécutives au traumatisme. Il persistait dans les conclusions de son recours et sollicitait, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise.

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

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 15 juin 2021. Il convient plus particulièrement d'examiner si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge de l'intervention chirurgicale réalisée le 16 juin 2021.

6.

6.1 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.

6.2 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).

6.3 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.

7.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

7.2 Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut,

mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion 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).

8.

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

8.2 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

8.3 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).

8.4 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).

9.

9.1 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).

9.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'espèce, dans sa décision du le 22 juin 2021, confirmée sur opposition le 12 août 2021, l'intimée a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 15 juin 2021. En relation avec l'événement du 4 novembre 2020, l'intimée a 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 15 juin 2021, considérant que l'accident avait seulement causé une aggravation passagère d'un état antérieur. L'intimée a fondé sa décision sur les rapports de ses médecins d'arrondissement, les Drs G_____ et H_____. Dans le cadre de la procédure de recours, l'intimée a invité un troisième médecin d'arrondissement à se déterminer, le Dr I_____. Après avoir procédé à une nouvelle appréciation du cas, ce médecin s'est rallié à l'avis de ses collègues quant à l'absence de relation causale entre l'accident du 4 novembre 2020 et les lésions mises en évidence par l'IRM.

De son côté, le recourant conclut principalement au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge de ses frais de traitement au-delà du 15 juin 2021, subsidiairement au renvoi de la cause à la SUVA afin qu'elle mette en œuvre une expertise. Se prévalant d'un rapport émanant de son chirurgien, le Dr E_____, il fait valoir que, contrairement à ce qu'ont retenu l'intimée et ses médecins d'arrondissement en relation avec l'absence d'atteinte osseuse, tendineuse ou cartilagineuse, son chirurgien a fait mention de nombreuses atteintes, notamment d'une lésion du ménisque interne et de lésions cartilagineuses. Il souligne que, selon son chirurgien, la déchirure méniscale mise en évidence par l'IRM est imputable à l'accident. Enfin, il reproche à l'intimée de ne pas l'avoir fait examiner personnellement par le médecin d'arrondissement.

11. L'IRM du 6 novembre 2020, réalisée deux jours après l'accident, a notamment mis en évidence une (longue) déchirure horizontale oblique de la corne postérieure du ménisque interne, associée à une petite grappe de kystes de dégénérescence mucoïde en périphérie de cette corne méniscale. S'il n'est pas contesté que l'atteinte méniscale dont souffre le recourant entre 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 ne conteste pas la qualification de l'événement du 4 novembre 2020 en tant qu'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).

12. Pour répondre à la question litigieuse, il convient tout d'abord de revenir sur les principaux rapports versés au dossier, lesquels peuvent être résumés comme suit.

12.1 Dans un bilan d'IRM du genou droit réalisé le 6 novembre 2020, c'est-à-dire deux jours après l'accident annoncé, le Dr D_____, radiologue, a fait état d'une longue déchirure horizontale oblique de la corne postérieure du ménisque interne, associée à une petite grappe de « kystes de dégénérescence mucoïde » en périphérie postérieure de cette corne méniscale, ainsi que d'un épanchement intra-articulaire « secondaire ». Le Dr D_____ a par ailleurs précisé que l'IRM ne mettait pas en évidence de lésion cartilagineuse, d'œdème osseux, de lésion ligamentaire ou tendineuse.

12.2 Dans un bref avis médical daté du 10 juin 2021, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, interrogé par la SUVA sur la question de savoir si l'opération prévue en juin 2021 était en relation causale avec l'accident de novembre 2020, a répondu que l'atteinte méniscale apparaissant sur l'IRM du 6 novembre 2020 était clairement dégénérative, comme en témoignait la présence de kystes intra-méniscaux 48 heures après l'événement annoncé, lesquels étaient révélateurs d'une atteinte chronique. Au degré de la vraisemblance prépondérante, tout geste chirurgical prévu sur ce ménisque était en relation de causalité naturelle avec une atteinte méniscale dégénérative. Par ailleurs, le Dr G_____ a répondu par la négative à la question de savoir si une incapacité de travail demeurait justifiée, en lien avec les suites de l'accident du 4 novembre 2020.

12.3 Dans un rapport adressé à la SUVA le 25 juin 2021, soit quelques jours après l'intervention du 16 juin 2021, le chirurgien de l'assuré, le Dr E_____, a exposé que le 4 novembre 2020, son patient avait subitement présenté une douleur et un épanchement après avoir trébuché au travail. L'IRM réalisée le 6 novembre 2020 avait mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, associée à des kystes et à un épanchement. Le Dr E_____ estimait qu'en présence d'un traumatisme adéquat avec une douleur subite et un diagnostic de déchirure méniscale interne compatible avec l'accident, en l'absence par ailleurs de troubles dégénératifs « significatifs » mis en évidence lors de l'opération, il fallait considérer que l'opération entrait dans les suites de l'accident du 4 novembre 2020. Il soutiendrait son patient dans ses démarches visant à contester la décision de la SUVA.

12.4 Dans une appréciation datée du 16 juillet 2021, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a relevé – après avoir pris connaissance du dossier et notamment du rapport du Dr E_____ – que le bilan de l'IRM réalisée deux jours après le traumatisme avait mis en évidence une atteinte méniscale d'allure chronique, comme en témoignaient la présence d'un kyste plurilobulaire d'aspect feuilleté et d'une déchirure horizontale, typique des atteintes méniscales de type maladif (par exemple en cas de dystrophie congénitale ou de sollicitations intensives mal contrôlées, telles qu'elles peuvent survenir dans le cadre d'une activité sportive). Par ailleurs, l'imagerie ne mettait pas en évidence d'atteinte traumatique aigüe. Dans la mesure où, dans la déclaration de sinistre, il était allégué une chute avec réception sur les deux genoux, on pouvait partir du principe que l'assuré avait subi une contusion simple du genou droit. Hormis un épanchement, aucune atteinte osseuse, tendineuse ou cartilagineuse n'avait été constatée et il n'avait en particulier pas mis en évidence non plus d'impact sous-cutané lié à la chute, alors que l'IRM avait été réalisée deux jours seulement après l'évènement déclaré. L'épanchement correspondait à la seule constatation susceptible d'avoir un lien avec l'évènement déclaré, mais cette production de liquide pouvait aussi bien être en rapport avec une

hypertrophie synoviale, telle que décrite dans le rapport opératoire du 16 juin 2021. Selon le Dr H_____, il fallait considérer que le traumatisme avait cessé de déployer ses effets au maximum après deux mois.

12.5 Dans une appréciation subséquente rédigée le 19 octobre 2021, dans le cadre de la procédure de recours, le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a exposé que les kystes (para) méniscaux étaient la conséquence de l'atteinte méniscale. Ce problème pouvait se retrouver chez des sujets jeunes et tendait à prédominer au niveau du compartiment externe. D'un point de vue physiopathologique, l'atteinte méniscale, une fois ouverte dans l'articulation, permettait au liquide synovial de s'infiltrer à l'intérieur du ménisque et de sortir de la cavité articulaire, si bien qu'elle s'échappait dans les tissus superficiels voisins et formait des kystes. Après un traumatisme, ce processus n'était pas immédiat et nécessitait un certain temps. La tendance actuelle était de considérer que chez un patient jeune, une atteinte méniscale associée à des kystes (para) méniscaux était plutôt la conséquence d'une dégénérescence mucoïde du ménisque. À la suite de sollicitations du genou, cette dégénérescence aboutissait progressivement à une déchirure méniscale, généralement de type horizontal, permettant ensuite la constitution de kystes. En se basant sur l'aspect aplati et feuilleté du ménisque, ainsi que sur le type de déchirure méniscale (à composante horizontale), associé à la présence de kystes méniscaux, déjà visibles sur une IRM effectuée deux jours après le traumatisme du 4 novembre 2020, on pouvait affirmer que les lésions mises en évidence n'étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas la conséquence du traumatisme, ce qui rejoignait les conclusions ressortant des appréciations antérieures. En conclusion, le Dr I_____ estimait – tout comme le Dr H_____ – qu'au-delà de deux mois après l'événement, celui-ci ne jouait plus de rôle dans les troubles dont l'assuré continuait de se plaindre.

13.

13.1 Comme cela a été exposé précédemment (cf. supra consid. 12.1), l'IRM du 6 novembre 2020 a notamment mis en évidence une déchirure horizontale (oblique) de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit.

La chambre de céans constate toutefois que les trois médecins d'arrondissement ayant examiné le cas – dont deux l'ont fait après avoir pris connaissance, en particulier, du rapport du Dr E_____ du 25 juin 2021 – ont considéré que l'atteinte méniscale était « chronique », c'est-à-dire préexistante à l'événement du 4 novembre 2020, et qu'elle résultait d'une dégénérescence. À cet égard, les médecins d'arrondissement ont unanimement souligné, outre l'absence de signe d'atteinte traumatique aigüe observable sur l'imagerie, que l'aspect « feuilleté » du ménisque, en relation avec le type de déchirure (horizontale) et la présence de kystes méniscaux, étaient révélateurs d'une telle dégénérescence (cf., dans un cas relativement proche, l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.4, concernant également une déchirure horizontale du ménisque interne).

Plus particulièrement, le Dr I_____ a expliqué que les kystes méniscaux observés sur l'IRM étaient dus à un épanchement de liquide synovial, s'écoulant depuis la déchirure horizontale du ménisque jusque dans les tissus superficiels voisins. Ce processus d'accumulation de liquide, aboutissant à la formation de kystes, prenait toutefois un certain temps (ce par quoi on peut raisonnablement comprendre une durée supérieure aux deux jours écoulés entre l'accident annoncé et l'IRM réalisée au niveau du genou droit). Le Dr I_____ a ajouté que chez un sujet jeune – à l'instar du recourant – une atteinte méniscale associée à des kystes méniscaux pouvait être mise en relation avec une dégénérescence mucoïde du ménisque, c'est-à-dire avec une pathologie dégénérative, laquelle aboutissait, ensuite de sollicitations répétées du genou, à une déchirure méniscale horizontale (telle qu'observée sur l'IRM).

13.2 C'est le lieu de relever que, selon la littérature médicale, les lésions dégénératives du ménisque (ci-après : LMD) sont définies comme des lésions non traumatiques se développant progressivement sous forme d'une fissure horizontale au sein du ménisque chez un patient adulte. La partie centrale du ménisque devient plus fragile et peut être le point de départ de lésions parfois complexes. Les LMD sont souvent asymptomatiques et situées au segment postérieur du ménisque interne. Elles peuvent apparaître après un traumatisme mineur ou être déclenchée lors de mouvements de torsion ou d'accroupissement. Seule une lésion de grade III correspond à une déchirure et est objectivable à l'arthroscopie. Cet hypersignal correspond à une dégénérescence mucoïde concomitante à une altération de la structure micro- et macroscopique du ménisque témoignant d'une diminution de sa fonction (BILLIÈRES/MIOZZARI/LÜBBEKE/HANNOUCHE, Faut-il opérer les lésions dégénératives du ménisque ?, Revue Médicale Suisse 2017, volume 13, pp. 2173 ss et les références).

13.3 La chambre de céans considère que les explications fournies par les médecins d'arrondissement de l'intimée, en lien avec l'existence d'une atteinte méniscale dégénérative sont convaincantes ; leurs rapports doivent ainsi être qualifiés de probants (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). À cet égard, on précisera que, contrairement à ce que semble croire le recourant, la jurisprudence n'exige pas qu'un examen personnel de l'assuré soit systématiquement pratiqué (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 187/05 du 12 août 2005 consid. 3.3 et la référence citée). Dans le cas particulier, les médecins d'arrondissement pouvaient valablement renoncer à rencontrer le recourant, du moment qu'ils disposaient d'un dossier médical complet leur permettant d'établir les circonstances de l'accident, l'atteinte à la santé ainsi que son évolution, et de présenter des conclusions motivées.

On ajoutera que la thèse, avancée par le Dr I_____, d'une dégénérescence mucoïde du ménisque, paraît confortée par les indications figurant dans le bilan de l'IRM du 6 novembre 2020, dont il ressort, entre autres, l'observation de « kystes

de dégénérescence mucoïde en périphérie postérieure de [la] corne méniscale postérieure ».

13.4 Le recourant invoque certes un bref rapport (de quelques lignes) daté du 25 juin 2021, dans lequel le Dr E_____ affirme que l'opération qu'il a pratiquée le 16 juin 2021 entrerait dans les « suites » de l'accident du 4 novembre 2020. Le recourant produit également un certificat d'arrêt de travail pour cause d'« accident » établi par le même médecin, valable du 16 juin au 30 septembre 2021 et dépourvu de toute motivation.

Toutefois, force est de constater que, tant dans son rapport – divergent – du 25 juin 2021 que dans son certificat d'arrêt de travail du 21 septembre 2021, le chirurgien traitant n'expose pas véritablement les raisons qui le conduisent à considérer que la lésion méniscale serait liée à l'accident du 4 novembre 2020 et non à une origine dégénérative, alors que l'IRM réalisée le 6 novembre 2020 a pourtant démontré – comme le font unanimement remarquer les médecins d'arrondissement – des lésions dont l'aspect est révélateur d'une dégénérescence (ménisque d'aspect aplati et feuilleté, comportant une déchirure horizontale, associée à des kystes méniscaux). Dans son rapport, le Dr E_____ ne discute aucunement l'aspect des lésions mises en évidence par l'IRM. Il se limite essentiellement à faire état d'un « traumatisme adéquat avec douleur subite et un diagnostic de déchirure méniscale interne compatible avec le traumatisme […] », sans décrire précisément le mécanisme accidentel ni expliquer en quoi celui-ci serait propre, selon lui, à entraîner une déchirure méniscale. En effet, notamment, de manière vague, ce médecin allègue que « […] [son] patient a trébuché au travail et a présenté une douleur subite ainsi qu'un épanchement […] », mais sans mentionner de chute (avec impact direct) « sur » les genoux, ni de contusion. Enfin, le Dr E_____ évoque « l'absence de troubles dégénératifs significatifs au status arthroscopique », mais sans fournir d'explications à ce propos et notamment sans discuter les constatations effectuées à l'occasion de son intervention, alors que son rapport opératoire confirme pourtant l'existence d'un kyste méniscal, dont les médecins d'arrondissement ont précisément fait remarquer qu'il était révélateur d'une pathologie dégénérative. Pour le reste, quoi qu'en dise le recourant, le fait que le rapport opératoire du Dr E_____ mentionne diverses lésions, notamment cartilagineuses, ne suffit pas à démontrer l'existence de lésions d'origine traumatique, du moment qu'aucun rapport versé au dossier n'établit une quelconque relation causale entre ces lésions cartilagineuses et l'accident annoncé.

En l'absence d'explications circonstanciées quant au caractère (prétendument) traumatique de la déchirure méniscale, l'avis du Dr E_____ semble reposer principalement sur le fait que ladite lésion et les douleurs affectant le genou droit ont été rapportées postérieurement à l'événement survenu le 4 novembre 2020, si bien qu'elles se trouveraient, selon lui, forcément en relation causale avec celui-ci. Autrement dit, les conclusions du Dr E_____ procèdent essentiellement d'un

raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc », dont la jurisprudence a précisé à maintes reprises qu'il n'était pas suffisant, à lui seul, pour établir un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré (ATF 119 V 335 c. 2b/bb ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.4). À fortiori, un tel raisonnement n'est pas suffisant non plus pour remettre en cause l'avis concordant des Drs G_____, H_____ et I_____.

Enfin, s'agissant d'un rapport émanant du médecin (spécialiste) traitant, le juge est fondé à tenir compte du fait que, selon l'expérience, ledit médecin est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance l'unissant à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 655/05 du 20 mars 2006 consid. 5.4).

En conclusion, l'affirmation – insuffisamment étayée – du chirurgien traitant, à teneur de laquelle l'opération du 16 juin 2021 entrerait dans « les suites » de l'accident du 4 novembre 2020, ne suffit pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et l'atteinte méniscale ayant fait l'objet de l'intervention litigieuse.

14.

14.1 Eu égard aux considérants qui précèdent, la chambre de céans n'a pas de raisons de s'écarter des rapports univoques et probants rédigés par les médecins d'arrondissement, lesquels ne sont pas sérieusement remis en question par d'autres rapports versés au dossier. Elle retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes du genou droit mises en évidence par l'imagerie du 6 novembre 2020 (déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne et kystes de dégénérescence mucoïde) sont d'origine exclusivement dégénérative et que la chute du 4 novembre 2020 n'a entraîné qu'une simple contusion du genou droit – cela correspond du reste aux indications fournies dans la déclaration de sinistre –, dont le *statu quo sine vel ante* doit être fixé deux mois plus tard, soit au début du mois de janvier 2021. Partant, l'opération de résection du ménisque du genou droit réalisée le 16 juin 2021 n'est pas en lien de causalité avec l'accident assuré et l'intimée était fondée à en refuser la prise en charge, de même qu'à mettre un terme au versement des indemnités journalières à la même date.

14.2 En dernier lieu, on remarquera incidemment que si le terme des prestations d'assurance a été arrêté au 15 juin 2021 dans la décision sur opposition litigieuse, alors qu'un courrier antérieur articulait la date du 17 juin 2021, cela n'est nullement révélateur du fait que, comme le prétend le recourant, l'intimée aurait mis fin à ses prestations pour des raisons financières plutôt que médicales. En effet, si l'intimée a « avancé » le terme des prestations de deux jours, c'est uniquement parce qu'elle a été informée du fait que l'intervention chirurgicale,

initialement prévue le 18 juin 2021, avait finalement eu lieu le 16 juin. Pour le reste, dans la mesure où elle fixe le terme (effectif) des prestations au 15 juin 2021, soit plus de sept mois après l'accident, la décision sur opposition attaquée se révèle favorable au recourant, les prestations ayant été versées bien au-delà de la date du recouvrement du *statu quo sine vel ante* avancée par les médecins d'arrondissement (à savoir deux mois après l'accident).

15. La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise administrative, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

16. Mal fondé, le recours est rejeté.

17. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

18. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

******

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 — Le président

Diana ZIERI — Blaise PAGAN

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