RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3092/2021 **ATAS/457/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2023

Chambre 8

En la cause

A_____ recourant
représenté par Maître Thierry STICHER

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée
représentée par Maître Jean-Marie MONNEY

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1967, a été engagé le 22 avril 2002 en qualité de chauffeur de poids lourds par la société B_____ GmbH (ci-après : l'employeur), dont le siège est à Opfikon (ZH). À ce titre, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) contre le risque d'accidents.

b. Le 16 mars 2020, l'employeur a fait parvenir à l'assureur une déclaration d'accident indiquant que le 10 mars 2020, l'assuré avait glissé sur une passerelle mouillée alors qu'il était occupé à charger un camion. Suite à cette glissade, il était tombé de face en se réceptionnant « sur sa main et son genou ». Sous la rubrique « Blessure » du formulaire de déclaration, il était précisé que l'atteinte correspondait à une « contusion » des poignet et genou gauches, et que l'assuré était en arrêt de travail depuis le 12 mars 2020.

c. Par courrier du 21 mars 2020, l'assureur a informé l'employeur et l'assuré qu'il prenait en charge les suites de l'accident du 10 mars 2020.

d. Le 17 juillet 2020, l'assureur a reçu :

- un rapport opératoire du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant qu'il avait opéré l'assuré le 10 juillet 2020 du genou gauche, en raison notamment d'une lésion instable de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne et d'une lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe ;
- un rapport du 12 juin 2020 du docteur D_____, radiologue FMH, relatif à une IRM des deux genoux, effectuée le 10 juin 2020 indiquant que le genou gauche présentait une déchirure oblique étendue du corps et de la corne postérieure du ménisque interne (grade III) ainsi qu'une fissuration du cartilage de la crête et de la facette rotulienne externe occupant 1/3 de l'épaisseur du cartilage au plus. Pour le reste, le cartilage était d'aspect régulier et le tendon quadricipital et rotulien intègre. Enfin, il existait un status après entorse de stade II du ligament collatéral interne. Le genou droit se caractérisait quant à lui par la présence d'un kyste en avant de la racine de la corne antérieure du ménisque interne se continuant sous forme de remaniements kystiques et graisseux dans le tibia proximal et antérieur. Il existait par ailleurs une fissuration occupant jusqu'à la moitié de l'épaisseur du cartilage de la crête de la rotule. Outre un « status après entorse de stade II et donc rupture partielle du ligament collatéral interne », il existait une légère hétérogénéité du tendon rotulien et quadricipital en regard des zones d'insertion patellaires, mais pas d'épanchement intra-articulaire.

e. Le 27 août 2020, l'assureur a reçu un rapport du docteur E_____, spécialiste en médecine interne générale, indiquant qu'il avait apporté, le 12 mars 2020, les premiers soins à l'assuré à son cabinet. Selon les indications de l'assuré, celui-ci avait chuté et s'était réceptionné sur le genou gauche (mécanisme de valgus + flexion). Après avoir constaté la présence d'un épanchement intra-articulaire du genou gauche et une douleur à la palpation du ligament collatéral interne, le Dr E_____ a posé le diagnostic d'entorse du genou gauche (valgus + flexion) en précisant que la suite du suivi serait assurée par le Dr C_____.

f. Par courrier du 1er septembre 2020, le Dr C_____ a indiqué à l'assureur que l'assuré avait subi un traumatisme des deux genoux lors de l'accident du 10 mars 2020. Il présentait, au bilan radio-clinique, une « lésion de II° » du ligament interne au genou droit, associée à un kyste de la corne antérieure du ménisque externe. Une réparation par arthroscopie du genou droit était prévue le 2 septembre 2020 à la Clinique des Grangettes.

g. Le 2 septembre 2020, le Dr C_____ a pratiqué l'intervention évoquée au genou droit.

h. Interrogé par l'assureur sur le point de savoir si les hospitalisations des 10 juillet et 2 septembre 2020 étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 10 mars 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu le 3 septembre 2020 qu'il convenait d'accepter l'intervention chirurgicale du mois de juillet, mais de fixer la fin des prestations à la veille de la deuxième intervention qui n'était pas à la charge de l'assureur.

B. **a.** Par décision du 7 septembre 2020, l'assureur a informé l'assuré qu'il prenait en charge l'intervention chirurgicale du 10 juillet 2020, mais pas celle du 2 septembre 2020, motif pris que selon l'appréciation du Dr F_____ du 3 septembre 2020, les troubles qui persistaient au-delà du 31 août 2020 n'avaient plus de lien de causalité avec l'accident. En conséquence, le cas serait clos au 1er septembre 2020 et le droit aux prestations (indemnités journalières et frais de traitement) prendrait fin à cette date.

b. Par courrier du 14 septembre 2020 à l'assureur, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré s'était présenté le 5 juin 2020 à sa consultation d'orthopédie avec un traumatisme des genoux des deux côtés qui faisait suite à l'accident du 10 mars 2020. Lors de la consultation du 5 juin 2020, il avait effectué des radiographies des genoux des deux côtés, de face et de profil, qui ne montraient pas de pathologie pouvant expliquer les douleurs. En revanche, les examens « ultrasonographiques » des deux genoux, qu'il avait également pratiqués, montraient une lésion de « II° » du ligament latéral interne à prédominance gauche, associée à une lésion de la partie moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne gauche. Comme ces examens avaient permis de suspecter également une lésion méniscale interne du genou droit, le Dr C_____ avait fait

réaliser, le 10 juillet 2020, des IRM des deux genoux par le Dr D_____. Le 21 juillet 2020, onze jours après l'intervention au genou gauche, un examen ultrasonographique avait mis en évidence un épanchement intra-articulaire, motivant la mise en place d'une bande élastique compressive. En raison de douleurs persistantes aussi à droite, l'assuré avait demandé de programmer aussi une intervention au genou droit.

c. Le 9 octobre 2020, l'assuré, assisté de son assurance de protection juridique, a formé opposition à cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations au moins jusqu'au 1er octobre 2020, date à laquelle il avait retrouvé sa capacité de travail. À l'appui de ses conclusions, il a soutenu que lors de l'accident du 10 mars 2020, les deux genoux avaient été touchés, mais qu'aucun examen (radiographie, IRM, etc.) n'avait été effectué par le Dr E_____. Or, l'assureur n'avait pas pu rendre sa décision en toute connaissance de cause puisqu'il ne disposait ni des explications que le Dr C_____ avait données le 14 septembre 2020, ni du dossier radiologique complet.

d. Par pli du 3 juin 2021 à l'assureur, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré avait constaté une nette amélioration lors du contrôle post-opératoire du 11 septembre 2020. Suite au refus de l'assureur de prendre en charge le cas, l'assuré ne s'était pas présenté au contrôle qui était prévu au cours du mois d'octobre 2020. Le Dr C_____ a néanmoins précisé que l'assuré serait tout de même convoqué afin de juger de l'évolution.

e. Par courrier du 11 juin 2021, le Dr C_____ a informé l'assureur qu'il avait revu l'assuré le jour-même pour un contrôle post-opératoire de ses deux genoux. Rapportant en substance une évolution favorable, le Dr C_____ a précisé qu'il considérait, sur la base de ses observations (marche possible sans douleurs significatives, escaliers et certains efforts douloureux par moments, absence de récidive d'épanchement ou de lésions méniscales, etc.), que le traitement avait pris fin le jour de cette consultation.

f. Par appréciation du 22 juin 2021, le Dr F_____ a relevé que le rapport du 12 mars 2020 du Dr E_____ ne contenait aucune information concernant le genou droit. Pour le reste, il a estimé que la prise en charge par l'assureur de l'intervention du seul genou gauche se justifiait par la nature des lésions qu'il présentait, à savoir une lésion du ligament interne et une « lésion chirurgicale » du ménisque de stade III. Par ailleurs, au vu du valgus avec flexion rapporté par le Dr E_____, il existait surtout un mécanisme adéquat pour l'analyse de la causalité naturelle de la lésion méniscale. La situation du genou droit était en revanche très différente.

g. Par décision du 13 juillet 2021, l'assureur a rejeté l'opposition en se référant à l'appréciation du 22 juin 2021 du Dr F_____.

C. **a.** Le 14 septembre 2021, l'assuré, désormais représenté par un avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de

céans) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, à ce que les prestations d'assurance, comprenant le traitement et les indemnités journalières, soient servies en lien avec le genou droit, en particulier l'opération du 2 septembre 2020 et ses suites. Le recourant a également conclu, préalablement, à l'audition et à la confrontation des Drs F_____ et C_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. Le recourant a soutenu en substance que même en niant – à tort selon lui – l'absence de répercussion de l'accident sur le genou droit, la rupture partielle du ligament interne de ce genou constituerait néanmoins, et de par la loi, une lésion assimilée à un accident, qu'il incomberait à l'intimée de prendre en charge, à moins de prouver que cette lésion soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50% à l'usure ou à une maladie. Dans la mesure où le Dr F_____ n'expliquait notamment ni quand ni comment le ligament latéral interne du genou droit se serait partiellement rompu – alors qu'une telle rupture était précisément évocatrice d'une lésion traumatique –, les appréciations de ce médecin n'étaient pas de nature à libérer l'intimée de son obligation de prester. À cet égard, il y avait notamment lieu de relever que le Dr C_____ avait délivré trois certificats d'arrêt de travail successifs en lien avec l'accident, soit le 10 juillet 2020, en raison d'une incapacité de travail totale jusqu'au 10 août 2020. À cette échéance, l'arrêt de travail avait été prolongé à ce même taux jusqu'au 11 septembre 2020. Enfin, à cette date, le Dr C_____ avait attesté que l'incapacité de travail était entière jusqu'au 30 septembre 2020.

Enfin, le recourant a souligné que le jour de l'accident, il était bel et bien tombé sur les deux genoux qui avaient heurté le sol métallique de la passerelle, tandis que son poignet gauche avait heurté la barrière de cette même passerelle. L'accident avait été déclaré le 16 mars 2020 à l'assureur par le service des ressources humaines de l'employeur, sur la base d'un bref entretien téléphonique avec le recourant qui avait fait mention d'une atteinte des deux genoux à cette occasion. Pour une raison que le recourant ignorait – probablement une inadvertance –, l'employeur avait coché uniquement la case du formulaire ad hoc, correspondant au genou gauche.

b. Par réponse du 11 novembre 2021, l'intimée, représentée par une avocate, a versé au dossier une nouvelle appréciation du Dr F_____, datée du 14 octobre 2021, dans laquelle ce médecin indiquait qu'après avoir effectué une analyse globale du genou droit, il ne pouvait pas retenir l'existence de lésions assimilées pour les ménisques et les cartilages, mais seulement une entorse du ligament latéral interne (ci-après : LLI) en rapport avec l'accident du 10 mars 2020. À cet égard, il y avait lieu de relever que les lésions du LLI ne donnaient presque jamais lieu à une intervention chirurgicale et que dans le cas particulier, cette lésion du LLI – qui plus est incomplète (stade II à l'IRM) – du genou droit n'avait pas fait l'objet de l'intervention du 2 septembre 2020 du Dr C_____, compte tenu d'une guérison spontanée qui était prévisible au plus tard six semaines après le sinistre, soit au mois de mai 2020. En conclusion, les anomalies du LLI du genou droit

pouvaient être « acceptées comme une lésion [assimilée à un accident] ». En revanche, les traitements chirurgicaux réalisés en septembre 2020 ne présentaient pas de lien de causalité pour le moins probable avec l'accident du 10 mars 2020. En l'absence de lésions sévères – en particulier d'anomalies osseuses – à l'IRM faite trois mois après le sinistre, les lésions du genou droit étaient dues de manière prépondérante à la pathologie dégénérative préexistante. S'agissant de l'atteinte du genou gauche – qui présentait également des lésions dégénératives ayant précédé l'événement du 10 mars 2020 –, les prestations fournies par l'intimée se justifiaient par une décompensation d'un état pathologique préalable. De nature temporaire, cette décompensation avait duré six semaines à partir de l'opération pratiquée le 10 juillet 2020, soit le temps d'un retour progressif à l'état antérieur.

Tirant argument de cette dernière appréciation, l'intimée a fait valoir en substance que même si à l'issue du réexamen du dossier effectué le 14 octobre 2021, le Dr F_____ était parvenu à la conclusion que l'entorse du LLI du genou droit était bel et bien en lien avec l'accident du 10 mars 2020 – de sorte que cette question n'était plus litigieuse –, il n'en demeurait pas moins que cette entorse, qui n'était plus d'actualité après six semaines, n'avait pas fait l'objet de l'intervention du 2 septembre 2020, contrairement aux autres lésions de ce genou qui étaient cependant de nature dégénérative. En conséquence, un lien de causalité entre ces dernières et l'accident du 10 mars 2020 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Subsidiairement, même en considérant que l'intimée aurait dû analyser la situation sous l'angle de lésions assimilées à un accident – ce qui était contesté –, le résultat n'aurait pas été différent. En effet, comme l'expliquait le Dr F_____, seule l'entorse du LLI du genou droit constituait une lésion assimilée à un accident. Cependant, compte tenu du *statu quo sine* fixé à six semaines de cet événement, ce qui correspondait au 1er mai 2020 au plus tard, il y avait lieu d'admettre que les lésions du genou droit étaient dues de manière prépondérante à la pathologie dégénérative préexistante.

L'intimée a ainsi conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

c. Le 2 décembre 2021, le recourant a répliqué en relevant que l'intimée avait nié, y compris dans la décision litigieuse, le caractère accidentel de la lésion du genou droit. Par ailleurs, à bien lire la dernière appréciation du Dr F_____, postérieure à la décision attaquée, c'était bien sous l'angle d'une lésion assimilée à un accident que ce médecin d'arrondissement reconnaissait la notion d'accident. Aussi le recourant a-t-il soutenu que dans l'hypothèse d'une lésion assimilée à un accident, le *statu quo ante vel sine* ne devait pas être établi au degré de la vraisemblance prépondérante, mais à celui de la certitude. Or, même en s'en tenant à l'avis du Dr F_____, l'on ne discernait pas de conclusions sur le *statu quo ante* au degré de la certitude, mais à celui de la vraisemblance prépondérante.

Pour le surplus, le recourant a versé au dossier un courrier que le Dr C_____ avait adressé à son conseil le 19 novembre 2021. Il en ressortait que ce médecin avait vu le recourant la première fois en consultation le 5 juin 2020. Celui-ci se

plaignait alors d'un traumatisme en valgus et rotation externe, coïncidant, d'une part, avec l'apparition subite d'une douleur aux deux genoux, prédominant à gauche et, d'autre part, l'audition d'un craquement qui avait été suivi d'un épanchement important des deux côtés. D'importantes douleurs étaient présentes, y compris la nuit, malgré un traitement à base d'anti-inflammatoires, pour ce patient qui était asymptomatique des deux genoux avant l'accident du 10 mars 2020. Les IRM des deux genoux, réalisées le 10 juin 2020, montraient clairement une lésion du ligament latéral interne « de II° » et il n'y avait pas d'autres explications pour ceci que le traumatisme du 10 mars 2020. Quant aux lésions méniscales associées, elles étaient compatibles avec le traumatisme en valgus et rotation externe ; le fait que le recourant présentait aussi des troubles dégénératifs qui étaient compatibles avec son âge ne libérait pas l'intimée de son obligation de prester. En effet, la présence d'une déchirure ligamentaire des deux côtés, documentée par IRM et associée à des lésions méniscales des deux côtés parlait pour une origine traumatique, même si des lésions cartilagineuses « de II° », voire « de III° », étaient objectivables chez le recourant, âgé de 53 ans. On ne pouvait pas non plus suivre le Dr F_____ en tant qu'il affirmait qu'un kyste de la corne antérieure du ménisque interne ne pouvait pas se développer après seulement trois mois d'évolution entre le moment du sinistre, annoncé le 16 mars 2020, et la réalisation du rapport IRM. Il n'y avait aucune explication scientifique pour soutenir une telle conclusion, car une lésion méniscale pouvait bien sûr se développer sur un kyste méniscal dans un laps de temps plus bref. Les éléments clés dans ce dossier étaient constitués par l'anamnèse, telle que décrite, et les déchirures ligamentaires objectivées suite au traumatisme du 10 mars 2020. En conclusion, le Dr C_____ ne partageait pas l'avis du Dr F_____. Il était d'avis que le traumatisme du 10 mars 2020 était responsable des lésions décrites dans les rapports opératoires des 2 juillet et 10 septembre 2020.

d. Le 7 mars 2022, l'intimée a dupliqué et versé au dossier une appréciation du 1er mars 2022 du Dr F_____, par laquelle ce dernier relevait que le Dr C_____ ne se prononçait pas sur l'absence de lésion osseuse associée à une lésion traumatique. Aussi le Dr F_____ ne voyait-il pas comment un mécanisme traumatique de faible intensité – car sans lésion osseuse visualisée à l'IRM – pouvait être à l'origine d'une altération majeure des parties molles et susceptible de provoquer le développement d'un kyste sur une période très courte de seulement trois mois. Si une lésion osseuse avait été révélée par l'IRM trois mois après l'accident – ce qui n'était pas le cas –, la lésion méniscale et le kyste consécutifs au traumatisme pourraient alors être éventuellement « accepté[s] comme lésion assimilée à un accident ». En définitive, le Dr F_____ ne retrouvait pas, à la lecture du rapport du Dr C_____, d'élément nouveau qui fût à même de modifier son appréciation du 27 octobre 2021. L'absence de lésion osseuse à l'IRM confirmait que la lésion traumatique du LLI du genou droit, que le Dr F_____ acceptait comme conséquence directe de l'accident, pouvait être retenue comme une lésion isolée sans lésion méniscale ni kystique traumatique

récente dans un contexte de lésion bi-méniscale. À cet égard, il existait un terrain dégénératif (la méniscose) qui était habituellement observé lors d'une lésion bi-méniscale.

Pour le surplus, l'intimée s'est référée aux explications précitées du Dr F_____ tout en faisant valoir que si le cas était traité sous l'angle non pas d'un accident, mais d'une lésion assimilée à un tel événement – approche juridique qui était de toute manière contestée –, il suffisait qu'il soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la lésion était due à plus de 50% à une atteinte dégénérative pour que l'assureur-accidents soit libéré de son obligation de prester.

e. Par pli du 22 mars 2022, le recourant a persisté dans les termes de ses conclusions, tout en insistant sur la nécessité de mettre en œuvre une expertise orthopédique.

f. Par ordonnance du 17 janvier 2023, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire et l'a confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

g. Dans son rapport du 3 mars 2023, l'expert a posé le diagnostic de gonarthrose varisante bilatérale débutante symptomatique. Les atteintes au genou droit n'étaient pas dans un rapport de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, sauf l'entorse du ligament collatéral interne du stade II. L'état était stabilisé depuis février 2022. À cette date, le *statu quo sine* avait été également atteint. L'accident avait décompensé une gonarthrose débutante du genou droit. Pour l'expert, il n'y avait pas d'indication opératoire de cette articulation, dans la mesure où une méniscectomie partielle par arthroscopie n'apportait pas de bénéfice dans le traitement des lésions méniscales dégénératives par rapport à un traitement non chirurgical. Il a relevé à cet égard que le recourant n'avait pas bénéficié d'une physiothérapie ni d'une infiltration avant l'opération. La capacité de travail était entière depuis février 2022.

h. Par écritures du 3 avril 2023, le recourant a sollicité l'audition de l'expert, en relevant notamment que l'expertise était difficile à comprendre.

i. Dans son appréciation non datée, le Dr F_____ a persisté à considérer que l'accident n'avait pas décompensé les lésions méniscales et cartilagineuses constatées au-delà de huit semaines. Il ne pouvait par ailleurs être admis avec certitude que le recourant ne s'était pas plaint de gonalgies avant l'accident. Quant à l'entorse du ligament latéral, elle était cicatrisée à huit semaines après l'accident et le *statu quo sine* était atteint à ce moment. Le médecin de l'intimée partageait l'avis de l'expert concernant la non indication opératoire. Comme relevé dans la doctrine médicale, une méniscectomie serait au contraire susceptible d'aggraver la situation, d'autant plus qu'aucun traitement médical de physiothérapie ni d'infiltration n'avait été réalisé. Le Dr F_____ a estimé par ailleurs que la symptomatologie douloureuse du genou droit n'était pas la conséquence de l'entorse du ligament, le genou étant stable. La douleur était plus en rapport avec

les atteintes cartilagineuses et méniscales anciennes maladives. Une pleine capacité de travail avait été récupérée au plus tard huit semaines après l'accident.

j. Par écritures du 17 mai 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions. L'appréciation du *statu quo sine* de l'expert n'était pas motivée et ne pouvait être suivie.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

Après réception de la décision sur opposition le 14 juillet 2021, le délai de recours a été suspendu dès le lendemain, avant de commencer à courir le 16 août 2021 et d'arriver à échéance le 14 septembre 2021. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Il respecte également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), de sorte qu'il est recevable.

3. Est litigieuse la question de savoir si les atteintes du genou droit sont en lien de causalité avec l'accident, en particulier si l'assureur-accidents doit prendre en charge l'arthroscopie du 2 septembre 2020, l'incapacité de travail y consécutive jusqu'au 30 septembre suivant et les contrôles post-opératoires jusqu'au 11 juin 2021 chez le Dr C_____.

3.1 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.

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, 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, 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).

3.2 Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative

relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit 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 doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

3.3 En l'espèce, il n'a jamais été contesté par l'intimée que le recourant a été victime d'un accident, au sens de l'art. 4 LPGA, ayant touché le genou gauche. En revanche, l'intimée a infléchi sa position au sujet du genou droit en considérant, au stade de sa réponse au recours, que l'accident du 10 mars 2020 avait également touché le genou droit. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions du genou droit, autres que la déchirure partielle du LLI, constatées par les Drs C_____ et F_____, tombent sous la liste de l'art. 6 al. 2 LAA puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1 ; ci-après : consid. 5.2 et 5.3).

4. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 10 mars 2020, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA 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 ainsi que l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

4.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

4.2 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

4.3 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). *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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5.

5.1 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).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

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).

5.3 Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée

aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6.

6.1 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).

6.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

7.

7.1 En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise judiciaire. Dans son rapport du 3 mars 2023, l'expert pose le diagnostic de gonarthrose varisante bilatérale débutante symptomatique. Les lésions au genou droit ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, sauf l'entorse du ligament collatéral interne du stade II. L'accident a cependant décompensé la gonarthrose débutante du genou droit. L'état est stabilisé depuis février 2022 et c'est dès cette date que le *statu quo sine* a été atteint. Ce faisant, l'expert s'est fondé sur les déclarations du recourant, selon lesquelles il n'a jamais souffert de gonalgies avant l'accident et les douleurs sont stabilisées depuis février 2022.

Pour l'expert, il n'y avait toutefois pas d'indication opératoire pour le genou droit, dans la mesure où une méniscectomie partielle par arthroscopie n'apporte pas de bénéfice dans le traitement des lésions méniscales dégénératives par rapport à un traitement non chirurgical. Il relève à cet égard que le recourant n'a pas bénéficié d'une physiothérapie ni d'une infiltration avant l'opération. Enfin, la capacité de travail est entière depuis février 2022, de l'avis de l'expert.

7.2 Cette expertise a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant et repose sur un examen clinique approfondi. Ses conclusions sont motivées et convaincantes, sous réserve de ce qui suit. Ainsi, une pleine valeur probante peut en principe lui être attribuée.

8. L'intimée conteste toutefois la valeur probante de cette expertise.

8.1 En premier lieu, elle met en cause l'affirmation du recourant, selon laquelle il ne souffrait pas de gonalgies avant l'accident. Le médecin-conseil de l'intimée relève à cet égard que « sur la base de (sic) documents disponibles, je ne trouve pas d'explication qui puisse justifier la survenue de douleurs en lien avec le sinistre annoncé ».

Cependant, il n'y a aucun indice mettant en cause cette affirmation. En particulier, aucun médecin n'a attesté que le recourant lui aurait fait part de douleurs aux genoux avant l'accident. Par ailleurs, aussi bien l'expert que le Dr F_____ admettent qu'il s'agit d'une gonarthrose bilatérale débutante, ce qui rend d'autant plus crédible qu'elle n'était pas symptomatique avant cet évènement.

8.2 Ce dernier médecin conteste en outre que le *statu quo sine* ne soit atteint qu'en février 2022. Il relève à cet égard que la symptomatologie n'est pas la conséquence de l'entorse du ligament collatéral médial, une telle atteinte guérissant généralement après six semaines au plus tard. Une entorse non guérie est de surcroît accompagnée de douleurs et d'une instabilité à l'examen clinique. Or, l'expert constate que le genou est stable. Partant, la douleur est en rapport avec les anomalies cartilagineuses et méniscales anciennes maladives. Elle est tout au plus révélatrice de la pathologie, mais non le résultat de l'accident. Quant aux anomalies cartilagineuses et méniscales, selon la littérature médicale, les traumatismes des parties molles ne sont pas à même de dégager leurs effets de

manière indéfinie et le retour à l'état antérieur intervient après quelques semaines. Si ce n'est pas le cas, il faut admettre que d'autres facteurs, non accidentels, jouent un rôle nettement prépondérant, voire exclusif, dans l'évolution du cas, même si l'assuré était asymptomatique auparavant.

Toutefois, en l'occurrence, la symptomatologie douloureuse s'est stabilisée en février 2022 et, selon l'expert, c'est à ce moment que le *statu quo sine* a été atteint. En tout état de cause, la question de savoir si la décompensation provoquée par l'accident a duré aussi longtemps est largement théorique. En effet, seule est en cause la prise en charge de l'intervention du 2 septembre 2020 et des contrôles post-opératoires, ainsi que de l'incapacité de travail qui a suivi, étant précisé que le recourant a repris le travail de 1er octobre 2020 déjà.

Il n'y a aucune raison de douter de ce que la symptomatologie douloureuse était encore présente plus de cinq mois après l'accident en rapport avec celui-ci, comme admis par l'expert, dans la mesure où le recourant ne souffrait pas des genoux auparavant et où il ne présente qu'une gonarthrose débutante. Rien n'indique que celle-ci se serait tout d'un coup aggravée après mars 2020, sans la survenance de l'accident, au point de nécessiter des interventions chirurgicales. Il paraît donc convaincant d'admettre une décompensation temporaire des lésions dégénératives des genoux, en particulier du genou droit, encore en septembre 2020. Or, tant et aussi longtemps qu'il s'avère que les suites de l'accident du 10 mars 2020 constituent encore une cause, même partielle, d'un traitement médical et/ou d'une incapacité de travail, l'intimée doit fournir des prestations d'assurance au recourant, et ce jusqu'à ce qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes causées par cet accident ne constituent plus une cause, même partielle, des troubles du genou droit du recourant et qu'ainsi, son atteinte à la santé ne s'explique plus que par les causes antérieures à l'événement du 10 mars 2020 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_847/2016 du 5 avril 2017 consid 5.3.2).

Ainsi, la chambre de céans admet avec l'expert qu'en septembre 2020, la symptomatologie douloureuse du genou droit était encore due à la décompensation des lésions dégénératives suite à l'accident, même si les douleurs n'étaient plus liées à l'entorse du ligament collatéral médial.

9. Se pose encore la question de savoir si l'intervention du 2 septembre 2020 au genou droit était indiquée en raison des séquelles de l'accident.

L'expert ne met pas en cause que c'est à cause de la symptomatologie douloureuse, suite à la décompensation d'un état maladif débutant, que cette opération a été effectuée. Toutefois, il estime qu'il n'y avait pas d'indication opératoire, dans la mesure où un traitement conservateur aurait été suffisant. C'est avis est également partagé par le Dr F_____. Ces médecins considèrent ainsi que ce traitement n'était pas adéquat.

Certes, selon les connaissances médicales actuelles, les méniscectomies partielles par arthroscopie du genou n'apportent pas de bénéfice dans le traitement de lésions méniscales dégénératives, comme relevé par l'expert. Toutefois, le Dr C_____ a considéré qu'il s'agissait de lésions traumatiques, les douleurs étant apparues dans les suites de l'accident. Sous cet angle, la nécessité d'une arthroscopie du genou droit ne paraît pas critiquable. Au demeurant, le recourant a pu reprendre le travail rapidement après cette opération, soit après moins d'un mois, et il ne semble plus avoir été en incapacité de travail par la suite en raison des pathologies au genou droit, et cela sans physiothérapie ni infiltrations. Dans son courrier du 3 juin 2021 à l'assureur, le Dr C_____ indique que le recourant rapportait une nette amélioration lors du contrôle post-opératoire du 11 septembre 2020. Par courrier du 11 juin 2021, le Dr C_____ informe l'assureur avoir revu l'assuré le jour-même pour un contrôle post-opératoire de ses deux genoux. Selon ce médecin, l'évolution est favorable, si bien qu'il considère, sur la base de ses observations (marche possible sans douleurs significatives, escaliers et certains efforts douloureux par moments, absence de récidive d'épanchement ou de lésions méniscales, etc.), que le traitement a pris fin le jour de cette consultation. Il peut en être conclu que le traitement chirurgical du genou droit a été en réalité efficace en l'espèce, même si ni l'expert ni le Dr F_____ ne l'auraient préconisé.

Partant, dans la mesure où, selon l'expert, le *statu quo sine* n'était pas encore atteint en septembre 2020, l'intervention du 2 septembre 2020, l'incapacité de travail y consécutive et les contrôles post-opératoires sont à la charge de l'intimée.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision annulée. L'intimée sera en outre condamnée à prendre en charge l'arthroscopie du 2 septembre 2020 et les contrôles post-opératoires y relatifs, ainsi qu'à verser les indemnités journalières pour l'incapacité de travail en septembre 2020, pour autant que ces prestations n'ont pas été accordées par l'assureur-maladie du recourant et l'assurance perte de gain de l'employeur.

11. Le recourant obtenant entièrement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de dépens, à la charge de l'intimée.

12. La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 13 juillet 2021.
4. Condamne l'intimée à prendre en charge l'arthroscopie du 2 septembre 2020 et les contrôles post-opératoires y relatifs, ainsi qu'à verser les indemnités journalières pour l'incapacité de travail en septembre 2020, pour autant que ces prestations n'ont pas été accordées par l'assureur-maladie et l'assurance perte de gain de l'employeur.
5. Octroie au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens à la charge de l'intimée.
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 suppléante
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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