RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3320/2022 **ATAS/313/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 avril 2023

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à BERNEX recourant

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1983, a travaillé dès le mois de mai 2017 comme nettoyeur pour l'entreprise C_____ SA.

b. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnel ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

B. **a.** Le 16 novembre 2021, l'assuré a transmis à la CNA une déclaration de sinistre. Il y a indiqué que le 10 novembre 2021, il avait fait un faux mouvement avec son genou droit en voulant se rattraper, après avoir glissé sur un parquet. L'assuré a joint deux certificats d'arrêt de travail qui lui avaient été prescrits dès le 12 novembre 2021 par la doctoresse D_____, médecin généraliste. Ces certificats ont ensuite été renouvelés à diverses reprises.

b. La CNA a pris en charge les suites de l'accident du 10 novembre 2021, notamment par le versement d'indemnités journalières.

c. Une première radiographie du genou droit a été réalisée le 11 novembre 2021, à l'issue de laquelle le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a fait état d'une absence de lésion post-traumatique visible, d'une ébauche ostéophytaire fémoro patellaire, ainsi que d'une irrégularité corticale (focale, distale et externe) du fémur, avec une ostéosclérose osseuse.

d. Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit daté du 19 novembre 2021, le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a retenu les diagnostics suivants : lésion horizontale du segment intermédiaire du ménisque interne ; chondropathie de bas grade de la facette médiale de la rotule et du compartiment interne ; hypoplasie du condyle médial sans bascule de la rotule. L'indication médicale ayant justifié l'IRM correspondait à des douleurs persistantes du compartiment interne, à l'apparition d'un claquement, puis à une récidive suite à une entorse, chez un patient en surpoids. Il n'y avait pas d'antécédents antérieurs du genou.

e. Dans un rapport adressé le 13 janvier 2022 à la Dresse D_____, le docteur G_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a retenu les diagnostics de lésion du ménisque interne et de gonarthrose du genou droit (21 octobre 2021). Dans l'anamnèse dudit rapport, il était précisé que l'assuré, en bonne santé habituelle, âgé de 38 ans et travaillant dans le nettoyage ainsi que les déménagements, avait chuté au travail le 21 octobre 2021, avec un mécanisme de torsion du genou droit. Suite à l'accident, l'assuré rapportait des sensations de blocage, accompagnées de douleurs et, dans une moindre mesure, de lâchages du genou. Le bilan radiologique réalisé le 19 novembre 2021 avait montré une lésion

du segment postérieur du ménisque interne, avec une luxation de la languette méniscale au niveau de l'échancrure, ainsi qu'une arthrose fémoro-tibiale interne, sans lésion ligamentaire associée.

f. Le 28 mars 2022, l'assuré a été opéré du genou droit (méniscectomie partielle interne par arthroscopie) par les docteurs G_____, H_____ et I_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. Le rapport opératoire mentionne le diagnostic de lésion de la corne postérieure et du segment postérieur du ménisque interne.

g. Une nouvelle radiographie du genou droit a été réalisée le 28 mars 2022, à l'issue de laquelle les docteurs J_____ et K_____, tous deux radiologues auprès des HUG, ont fait état d'une absence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible, ainsi que d'un épanchement articulaire, associé à un emphysème intra-articulaire.

h. Dans un rapport adressé à la CNA le 1er avril 2022, la Dresse D_____ a fait état de gonalgies droites, avec une déchirure du ménisque interne et une chondropathie de bas grade. Son dernier contrôle remontait au 2 décembre 2021. Le traitement était conservateur, compte tenu d'une arthrose fémoro-tibiale. À la question de savoir s'il existait des circonstances particulières susceptibles d'influencer de façon défavorable le processus de guérison, elle a répondu : « travail professionnel multifonctionnel avec des travaux agenouillés (pose de parquet) ».

i. Dans un « rapport initial LAA » transmis à la CNA le 13 juin 2022, la Dresse D_____ a indiqué que, vers le 1er novembre 2021 et alors qu'il posait une lame de parquet en position assise-agenouillée, l'assuré avait présenté des douleurs du compartiment interne du genou droit en se relevant. L'assuré avait poursuivi le travail et « ces jours », et il avait encore subi une entorse externe du genou en descendant en arrière un escalier, ce qui avait exacerbé à nouveau les mêmes douleurs que celles qui s'étaient déjà manifestées le 1er novembre 2021. Dans ses constatations, la Dresse D_____ a mentionné, outre une obésité, des algies lors de la flexion, de la palpation du compartiment antérieur interne, ainsi qu'un « testing positif » du compartiment interne du ménisque.

j. Dans une appréciation médicale datée du 28 juin 2022, le Dr L_____ a rappelé que l'assuré, qui avait fait un faux mouvement avec son genou droit en glissant sur un parquet, avait consulté le 11 novembre 2021 ; l'anamnèse du rapport de la Dresse D_____ mentionnait qu'aux alentours du 1er novembre 2021, l'intéressé avait (déjà) souffert de gonalgies internes du côté droite, en se relevant après avoir posé une lame de parquet en position assise agenouillée. Un nouvel épisode s'était produit par la suite, en descendant des escaliers, motivant une consultation. Objectivement, on notait une obésité et la présence d'un « testing méniscal positif » du côté interne. Le bilan radiologique standard n'avait pas mis en évidence de lésions osseuses. Par ailleurs, l'IRM réalisée le 19 novembre 2021

avait montré une chondropathie du condyle fémoral interne, ainsi qu'une lésion complexe (avec extrusion millimétrique) du ménisque interne du genou, ce qui « signait » une atteinte dégénérative préexistante du ménisque interne. À la question de savoir si l'accident avait entraîné, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'autres lésions structurelles objectivables, le Dr L_____ répondait qu'il n'y avait pas eu de lésion structurelle objectivable aigüe, dans la mesure où préexistaient une atteinte dégénérative du comportement fémoro-tibial interne, ainsi qu'une extrusion du ménisque interne dans la gouttière interne. À la question de savoir si le « dommage » sur lequel avait porté l'opération était imputable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident, le Dr L_____ répondait que l'intervention effectuée le 28 mars 2022 ne pouvait être liée à l'événement déclaré autrement que de manière possible. Enfin, à la question de savoir à partir de quel moment les séquelles de l'accident ne jouaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus de rôle au niveau du tableau clinique (abstraction faite de l'effet lié à l'opération), le Dr L_____ répondait que devant l'absence de lésions traumatiques aigües, qu'il s'agisse de lésions cartilagineuses, osseuses, tendineuses, ligamentaires ou musculaires, l'événement avait cessé de déployer ses effets après deux mois.

C. **a.** Par décision du 4 juillet 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à ses prestations (indemnités journalières et prise en charge des frais de traitement) avec effet au 13 juillet 2022, au motif que, deux mois au plus tard après l'accident du 10 novembre 2021, ses troubles persistants n'avaient plus de lien avec ledit accident.

b. Le 26 août 2022, l'assuré s'est opposé à la décision du 4 juillet 2022, en produisant deux rapports datés du 10 août 2022 établis par le docteur M_____, chef de clinique auprès du département de chirurgie des HUG.

Dans le premier rapport, le médecin a indiqué que, quatre mois après la méniscectomie partielle interne réalisée le 28 mars 2022, il y avait une problématique de douleurs, avec des épanchements. La radiographie avait montré un épanchement très important du genou droit. L'examen qu'il venait de réaliser montrait un épanchement plus modéré, mais encore présent, et des douleurs du compartiment fémoro-tibial interne. Des anti-inflammatoires avaient été prescrits, ainsi qu'une IRM visant à déterminer si l'assuré présentait une chondrolyse.

Dans le deuxième rapport, le médecin a indiqué qu'hormis une chondropathie fémoro-tibiale interne droite, l'IRM montrait ce qui semblait être une fissure méniscale persistante. Celle-ci pouvait être « tout aussi responsable » de la symptomatologie douloureuse. Le Dr G_____ avait estimé que la seule prise en charge envisageable aurait été une méniscectomie totale, donc un « trop grand prix à payer », compte tenu de l'âge de l'assuré. L'assurance-accidents avait considéré que la prise en charge du patient relevait d'une maladie, ce dont il se disait étonné. Selon lui, il s'agissait des suites non pas d'une maladie mais d'un

accident, puisqu'il existait un lien clair entre les douleurs du genou et l'accident initial, malgré une prise en charge chirurgicale.

c. Par décision sur opposition du 8 septembre 2022, la CNA a rejeté l'opposition. La CNA s'est référée au rapport établi le 28 juin 2022 par le Dr L_____, dont il ressortait que l'accident n'avait pas occasionné de lésion structurelle aiguë, chez un assuré présentant une atteinte dégénérative du compartiment fémoro-tibial et une extrusion du ménisque interne dans la gouttière interne. L'intervention du 28 mars 2022 ne pouvait être liée à l'événement déclaré que de façon possible et les rapports du 10 août 2022 produits par l'assuré ne mettaient pas en évidence le moindre élément susceptible de mettre en doute l'avis du Dr L_____. Pour la suite du traitement, la CNA invitait l'assuré à s'adresser à son assurance-maladie.

D. **a.** Par acte du 10 octobre 2022, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, concluant à l'annulation de la décision du 8 septembre 2022 et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières et prise en charge des soins) au-delà du 10 janvier 2022 (sic).

En substance, il a fait valoir qu'il avait souffert d'une lésion complexe du ménisque interne (mise en évidence par une IRM) et que la CNA n'avait pas démontré que sa lésion méniscale serait manifestement due à l'usure ou à une maladie, en violation de l'art. 6 al. 2 let. c de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). En outre, il jugeait « incompréhensible » que le Dr L_____ retienne qu'il n'y avait « pas eu de lésion cartilagineuse », alors qu'il avait pourtant subi une arthroscopie du ménisque le 28 mars 2022. Par ailleurs, l'existence d'une chondropathie ne suffisait pas à renverser la « présomption du caractère accidentel » de la lésion assimilée dont il avait été victime, ni à démontrer son caractère manifestement maladif. L'assuré a joint :

- un rapport du 10 octobre 2022 établi par le Dr M_____, à teneur duquel il avait bénéficié d'une nouvelle infiltration au niveau de son genou droit ;
- deux certificats signés par le Dr G_____, attestant d'un « arrêt de travail pour accident » (à 100%) du 26 au 30 septembre 2022, puis du 1er au 31 octobre 2022.

b. Dans sa réponse du 8 novembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le grief du recourant tiré d'une violation de l'art. 6 al. 2 LAA était infondé, puisque l'al. 2 de cette disposition ne trouvait pas application en présence d'un accident au sens juridique, accident que la CNA n'avait en l'occurrence pas contesté. Par ailleurs, les conclusions du Dr L_____ étaient probantes et son point de vue n'était pas mis en doute par d'autres pièces du dossier. En effet, seul le Dr M_____ avait affirmé l'existence d'un « lien clair » entre les douleurs et l'accident initial, malgré une prise en charge chirurgicale, mais sans justifier médicalement son point de vue. C'était donc à bon droit qu'elle avait mis fin aux prestations avec effet au 13 juillet 2022.

À l'appui de sa réponse, l'intimée a joint une (nouvelle) appréciation médicale rédigée le 4 novembre 2022 par le Dr L_____ : l'assuré, employé d'entretien, avait glissé sur un parquet le 10 novembre 2021 et effectué un faux mouvement avec son genou droit en voulant se rattraper. Il avait alors ressenti à nouveau des gonalgies internes, lesquelles étaient apparues pour la première fois autour du 1er novembre 2021, alors qu'il se redressait d'une position agenouillée. Dans le dossier médical, on notait une surcharge pondérale, constatée à plusieurs reprises. L'arthroscopie du genou droit effectuée le 28 mars 2022, suite à l'échec du traitement conservateur, avait mis en évidence une atteinte cartilagineuse de grade II du compartiment fémoro-tibial interne, ainsi qu'une lésion de la corne postérieure et du segment postérieur du ménisque interne. L'évolution était défavorable, avec un épanchement récidivant, et une IRM de contrôle avait montré une absence de chondrolyse. À la question de savoir quelles atteintes initialement avaient été causées ou aggravées de manière déterminante, au degré de la vraisemblance prépondérante, par l'accident du 10 novembre 2021, le Dr L_____ répondait que l'on était en présence d'une contusion simple du genou droit et qu'aucune atteinte n'avait été mise en évidence par l'IRM réalisée quelques jours après le traumatisme (le 19 novembre 2021) ; cette contusion simple avait cependant entraîné une aggravation transitoire aigüe d'un genou asymptomatique, la surcharge pondérale constituant un facteur de risque de pérennisation de la symptomatologie. Le Dr L_____ maintenait que l'événement, soit une contusion simple du genou, avait cessé de déployer ses effets deux mois après le prétendu traumatisme.

c. Le recourant a répliqué le 13 décembre 2022, persistant dans les conclusions de son recours. La méniscectomie partielle qu'il avait subie en mars 2022 visait précisément à remédier à la lésion horizontale du ménisque interne que lui avait provoquée l'accident du 10 novembre 2021. En outre, c'était à l'intimée qu'il appartenait d'écarter une origine accidentelle de cette lésion au degré de la vraisemblance prépondérante, et en l'occurrence, la présomption posée par l'art. 6 al. 2 let. c LAA ne pouvait pas être considérée comme étant renversée.

d. Cette écriture a été transmise à l'intimée, pour information, puis la cause gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA ; art. 62 ss et 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. 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.

3. 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 13 juillet 2022.

3.1 Les risques couverts par la LAA sont en particulier la survenance d'une atteinte à la santé issue d'un évènement accidentel (atteinte dite « accident » au sens de l'art. 4 LPGA) selon l'art. 6 al. 1 LAA, et les atteintes à la santé assimilées à un accident selon l'art. 6 al. 2 LAA.

Les conditions d'application de ces deux normes sont distinctes et doivent donc être examinées séparément pour déterminer si un trouble à la santé est couvert par la LAA (ATF 146 V 51 consid. 8.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_630/2020 du 28 janvier 2021 consid. 3.2 ; 8C_507/2020 du 15 décembre 2020 consid. 3.2 ; 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 3.2). Lorsque l'assureur-accidents admet 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 l'assureur-accidents 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 doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1 ; 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.1 ; 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.1 ; 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.2).

3.2 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont notamment allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel.

3.2.1 Pour être couvert par l'art. 6 al. 1 LAA, un trouble à la santé doit ainsi avoir été causé par un évènement accidentel en ce sens qu'il doit exister entre ce dernier et le trouble une relation de causalité naturelle et adéquate (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.2). Il existe un lien de causalité naturelle entre un évènement et une situation de fait, si la seconde n'existerait pas en l'absence du premier (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 142 V 435 consid. 1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 115 V 133 consid. 3). Une causalité adéquate entre un évènement et un résultat existe si ledit évènement paraît propre à causer ladite atteinte au vu du cours ordinaire des choses et de l'expérience générale de la vie, en ce sens que le résultat en question apparaît comme généralement favorisé par la survenance de cette cause (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 125 V 456 consid. 5c). En présence d'un trouble organique à la santé, la question de la causalité adéquate se recoupe presque complètement avec celle de la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; ATF 138 V 248 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

3.2.2 Selon l'art. 36 al. 1 LAA, les remboursements de frais, les prestations pour soins, 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.

Il découle donc tant de cette norme de l'art. 6 al. 1 LAA, que le seul fait qu'un trouble à la santé soit favorisé par un état maladif préexistant n'empêche pas sa prise en charge au titre de la LAA pour autant qu'il ait également été causé (naturellement et adéquatement) par un évènement accidentel (ATF 142 V 435 consid. 2 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.2 ; 8C_412/2018 du 26 février 2019 consid. 3.1). Même si un trouble à la santé serait survenu chez un assuré un jour ou l'autre, le fait qu'il soit déclenché par un évènement accidentel entraîne sa prise en charge sauf si la survenance de ce trouble à ce moment ne constitue qu'une réalisation aléatoire d'une apparition qui aurait pu se produire n'importe quand ; dans un tel cas, le lien de causalité entre l'évènement accidentel et la survenance du trouble à la santé est en effet si ténu qu'une prise en charge au titre de la LAA doit être exclue (arrêts du Tribunal fédéral 8C_287/2020 du 27 avril 2021 consid. 3.1 ; 8C_669/2019 du 25 mars 2020 consid. 4.1 et 4.2 ; 8C_337/2016 du 7 juillet 2016 consid. 4.1.1 et 4.1.2). Cette question doit être tranchée en premier lieu sur la base des informations des experts médicaux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_287/2020 du 27 avril 2021 consid. 3.1).

3.2.3 L'existence ou non de la causalité naturelle entre une atteinte et un évènement est une question de fait qui s'établit au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 115 V 133 consid. 3).

Le seul fait que des symptômes ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un évènement accidentel ne suffit en tant que tel pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement dit "*post hoc, ergo propter*

hoc") (arrêts du Tribunal fédéral 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 5.2.2 ; 8C_387/2021 du 2 août 2021 consid. 4.2.2 ; 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). Cependant, dans des arrêts récents, le Tribunal fédéral a précisé qu'on ne saurait dénier toute force probante à une corrélation temporelle entre des évènements si d'autres éléments médicalement déterminants la corroborent (arrêts du Tribunal fédéral 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 5.2.2 ; 8C_348/2020 du 7 juin 2021 consid. 4.3).

3.2.4 Le fait que la procédure administrative sociale soit soumise à la maxime inquisitoire ne libère pas les parties du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 138 V 218 consid. 6 ; ATF 115 V 133 consid. 8a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022 consid. 2.4). En conséquence, l'assuré supporte le fardeau de l'existence d'une causalité naturelle entre un évènement accidentel et un trouble à sa santé (en ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). En revanche, le fardeau de la preuve de l'interruption, respectivement de la fin d'une causalité établie entre un évènement couvert par la LAA et une atteinte à la santé, repose sur l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.2).

3.3 Selon l'art. 6 al. 2 let. c LAA, les prestations d'assurance sont notamment allouées pour des déchirures d'un ménisque, pour autant que celles-ci ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 146 V 51), lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve libératoire que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid 8.6). En effet, contrairement à ce qui prévalait en matière de lésions corporelles assimilées à un accident sous l'empire de l'ancien droit, l'octroi de prestations sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017) ne suppose plus que les conditions constitutives de la notion d'accident (cf. art. 4 LPGA) soient réalisées à la seule exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure (ATF 146 V 51 consid. 7.5). Le seul fait que l'on soit en présence d'une lésion corporelle comprise dans la liste énumérée à l'art. 6 al. 2 LAA entraîne la présomption qu'il s'agit d'une lésion corporelle assimilée à un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents ; celui-ci est dès lors tenu de prester aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve, en s'appuyant sur des avis médicaux probants, que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (ATF 146 V 51 consid 8.6). Cette jurisprudence a régulièrement été reprise par le Tribunal fédéral depuis lors (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022 consid. 2.3 ; 8C_347/2021 du 10 novembre 2021 consid. 2.3 ; 8C_630/2020 du 28 janvier

2021 consid. 3.2). Elle est également régulièrement appliquée par la chambre de céans (cf. ATAS/747/2022 du 30 août 2022 consid. 7.2 ; ATAS/582/2022 du 24 juin 2022 consid. 7.2).

Le fait qu'une atteinte à la santé soit due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie doit être établi avec le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 51 consid 8.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022 consid. 2.3).

3.4 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).

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).

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 ; 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).

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).

3.5 En l'espèce, dans sa décision du 4 juillet 2022, confirmée sur opposition le 8 septembre 2022, l'intimée a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 13 juillet 2022. En relation avec l'événement du 10 novembre 2021 (faux mouvement avec le genou droit en glissant), l'intimée n'a pas contesté la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Elle a toutefois considéré que, deux mois au plus tard après l'accident, les troubles persistant au-delà de cette date n'avaient plus de lien avec celui-ci. L'intimée a fondé sa décision sur le rapport rédigé le 28 juin 2022 par son médecin d'arrondissement, le Dr L_____. Dans le cadre de la procédure de recours, l'intimée a invité le Dr L_____ à se déterminer une nouvelle fois, suite à quoi ce médecin a maintenu son point de vue, dans un nouveau rapport daté du 4 novembre 2022.

De son côté, le recourant requiert l'octroi par l'intimée de prestations (indemnités journalières et remboursement des frais de traitement) au-delà du 10 janvier 2022 (sic). En substance, il fait valoir que l'intimée, en retenant que des facteurs dégénératifs seraient à l'origine de son incapacité de travail, n'a pas démontré que sa lésion complexe du ménisque interne (mise en évidence par l'IRM de novembre 2021) serait manifestement due à l'usure ou à une maladie. Il se fonde en cela sur le rapport établi le 10 août 2022 par le Dr M_____.

Dès lors qu'en relation avec l'événement du 10 novembre 2021, la survenance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA est incontestée, la cause doit être examinée sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA (ATF 146 V 51 consid. 5 et 9.1). Dans ce contexte, la question qui se pose est celle de savoir si les troubles du genou droit dont se plaint le recourant au-delà du 13 juillet 2022 sont en lien de causalité naturelle avec l'accident.

La radiographie du genou droit réalisée par le Dr E_____ le 11 novembre 2021, soit le lendemain de l'accident, n'a pas mis en évidence de lésion post-traumatique visible. En revanche, ce médecin a fait état d'une ébauche ostéophytaire fémoro patellaire, ainsi que d'une irrégularité corticale du fémur, avec une ostéosclérose osseuse. Quant à l'IRM réalisée le 19 novembre 2021 par le Dr F_____, elle a mis en exergue une lésion horizontale du segment intermédiaire du ménisque interne, une chondropathie de bas grade de la facette médiale de la rotule et du compartiment interne, ainsi qu'une hypoplasie du condyle médial.

Le Dr L_____, qui a analysé les imageries au dossier (y compris l'IRM, dont il a reproduit deux clichés dans son appréciation du 4 novembre 2022) et a examiné le cas à deux reprises (la seconde après avoir pris connaissance du rapport du Dr M_____ du 10 août 2022), a considéré que les atteintes méniscales et cartilagineuses apparaissant sur l'IRM étaient préexistantes à l'événement du 10 novembre 2021, et qu'elles résultaient d'une dégénérescence. À cet égard, le médecin d'arrondissement, après avoir retenu les diagnostics d'arthrose fémoro-tibiale interne droite symptomatique et de surcharge pondérale, a souligné l'absence d'atteinte traumatique (cartilagineuse, osseuse, tendineuse ou ligamentaire) observable sur le bilan radiologique standard du 11 novembre 2021 et l'IRM du 19 novembre 2021, ainsi que la présence d'une chondropathie du condyle fémoral interne et d'une extrusion millimétrique du ménisque interne. Il est parvenu à la conclusion que l'aspect des lésions apparaissant sur les imageries était caractéristique d'une atteinte dégénérative préexistante du ménisque. En relation avec les clichés tirés de l'IRM, qu'il a reproduit dans son rapport, le Dr L_____ a précisé que l'atteinte du cartilage et la déchirure complexe entraient dans le cadre de cette dégénérescence. Il a également souligné la présence d'une surcharge pondérale, laquelle constituait un facteur de risque de « pérennisation » de la symptomatologie, ainsi que le fait que le recourant avait déjà ressenti des gonalgies le 1er novembre 2021 (en se redressant d'une position agenouillée), soit antérieurement à l'événement du 10 novembre 2021. Il en a déduit que l'on était en présence d'une simple contusion du genou droit, qui n'avait provoqué qu'une aggravation transitoire pendant deux mois.

La chambre de céans considère que les explications fournies par le Dr L_____, en lien avec l'existence d'atteintes méniscales et cartilagineuses dégénératives préexistantes, sont convaincantes. Au demeurant, elles ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical figurant au dossier. Les rapports du Dr L_____ doivent ainsi être qualifiés de probants (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). On ajoutera que la thèse, avancée par le médecin d'arrondissement, d'atteinte préexistante, notamment au niveau du ménisque interne, paraît confortée par les indications figurant dans le bilan radiographique du 11 novembre 2021, dont il ressort, entre autres, l'absence de lésion post-traumatique visible. Dans ces conditions, il est compréhensible que le Dr L_____ soit parti du principe que

l'on était en présence d'une simple aggravation transitoire d'un état dégénératif préexistant (cf., dans un cas proche, l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.4, concernant une déchirure horizontale du ménisque interne, associée à une chondropathie).

S'il est vrai que pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que la part traumatique, associée éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé, il n'en demeure pas moins que cette part traumatique doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Tel n'est pas le cas en l'espèce, au vu des explications et des particularités concrètes mises en évidence par le Dr L_____, lesquelles plaident nettement en faveur d'un caractère dégénératif. Dans ce contexte, on précisera encore que si, dans son rapport du 28 juin 2022, le Dr L_____ avait indiqué que l'intervention du 28 mars 2022 ne pouvait être liée à l'événement déclaré « autrement que de manière possible », cela ne suffit quoi qu'il en soit pas pour admettre l'existence d'un lien de causalité, conformément à la jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 5.4).

Le recourant invoque un bref rapport (de quelques lignes) du Dr M_____, daté du 10 août 2022. Le recourant produit également deux certificats d'arrêt de travail pour cause d'« accident » établis par le Dr G_____, valables du 26 septembre au 31 octobre 2022 et dépourvus de toute motivation.

Dans son rapport du 10 août 2022, le Dr M_____ a émis l'avis qu'il ressortait d'une IRM (il ne précise pas laquelle) non seulement une chondropathie fémoro-tibiale interne droite, mais aussi ce qui semblait être une fissure méniscale persistante ; cette fissure pouvait être « tout aussi responsable » de la symptomatologie douloureuse. L'assurance-accidents avait considéré que la prise en charge du patient relevait d'une maladie, ce dont le Dr M_____ se disait étonné ; selon lui, il s'agissait des suites non pas d'une maladie mais d'un accident, puisqu'il existait un « lien clair » entre les douleurs du genou et l'accident initial, malgré une prise en charge chirurgicale.

La chambre de céans observe que, dans son rapport, le Dr M_____ ne discute pas la question – ici déterminante – du lien de causalité éventuel entre l'événement du 10 novembre 2021 et les atteintes apparaissant sur l'IRM du 19 novembre 2021. En effet, le Dr M_____ se borne à affirmer qu'il existerait un « lien clair » entre « l'accident initial » et les douleurs du genou, et non entre l'accident et les atteintes précitées. De surcroît, ce médecin ne justifie son postulat selon lequel il existerait un lien clair entre l'accident et les gonalgies par aucune motivation convaincante : il semble en effet considérer que la symptomatologie douloureuse pourrait s'expliquer aussi bien par une chondropathie fémoro-tibiale que par une fissure méniscale interne persistante, ce qui démontre qu'il n'est pas en mesure d'identifier la cause des douleurs. Surtout, ce médecin ne prétend pas que les deux atteintes qu'il mentionne (chondropathie fémoro-tibiale et fissure méniscale) seraient dues à l'accident du 10 novembre 2021.

En l'absence d'explications circonstanciées et propres à démontrer le caractère traumatique des atteintes (méniscales et cartilagineuses) apparaissant sur l'IRM, l'avis du Dr M_____ semble reposer principalement, voire exclusivement, sur le fait que les douleurs du genou droit ont été rapportées postérieurement à l'événement survenu le 10 novembre 2021, si bien qu'elles se trouveraient, selon lui, forcément en relation causale avec celui-ci. Autrement dit, les conclusions du Dr M_____ procèdent 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).

En conclusion, l'affirmation – non étayée – du Dr M_____ selon laquelle il existerait « un lien clair entre les douleurs du genou et l'accident initial, malgré une prise en charge chirurgicale » ne suffit pas à établir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles persistants au niveau du genou droit.

Pour le reste, le recourant ne saurait tirer aucun argument en sa faveur des deux certificats d'incapacité de travail (non motivés) qu'il a annexés à son recours : ces certificats se limitent à attester de périodes d'incapacité de travail et sont donc dénués de pertinence pour juger de la question du lien de causalité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_148/2016 du 23 janvier 2017 consid. 6.5).

Au vu de ce qui précède, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement accidentel du 10 novembre 2021 et les troubles persistants déplorés par le recourant au niveau du genou droit n'est pas établie au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. Étant donné que le recourant supporte le défaut de preuve concernant le lien de causalité, ces troubles (y compris l'atteinte méniscale) n'ont pas à être couverts par l'intimée au-delà du 13 juillet 2022 sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.

3.6 Il reste à déterminer si, malgré l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles persistants au niveau du genou droit, l'intimée pourrait être tenue de verser des prestations postérieurement au 13 juillet 2022 sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA, comme semble le considérer le recourant.

En se référant à l'art. 6 al. 2 LAA, le recourant soutient en effet que l'intimée n'a pas démontré que sa lésion complexe du ménisque interne serait manifestement due à l'usure ou à une maladie. Le recourant insiste sur le fait que la « lésion assimilée » dont il a été victime est présumée être d'origine accidentelle et que c'est à l'intimée d'écarter une origine accidentelle au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qu'elle n'a de son point de vue pas fait.

D'emblée, la chambre de céans observe que l'existence d'une déchirure du ménisque, soit d'une lésion entrant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, ne peut être tenue pour établie dans le cas d'espèce, dans la mesure où la plupart des rapports

versés au dossier ne mentionnent aucune « déchirure ». En effet, le Dr F_____ a diagnostiqué une « lésion horizontale […] » du ménisque interne (cf. rapport du 19 novembre 2021). Pour sa part, le Dr G_____, qui a opéré l'assuré, a retenu une « lésion de la corne postérieure et du segment postérieur du ménisque interne » (cf. rapport du 29 mars 2022), tandis que le Dr M_____ a évoqué une « fissure méniscale persistante » (cf. rapport du 10 août 2022). Enfin, le Dr L_____ a utilisé le terme de « lésion complexe » (cf. rapport du 28 juin 2022), avant d'évoquer une « atteinte du cartilage et déchirure complexe », sans qu'il soit clair si la « déchirure complexe » qu'il mentionne se rapporte au cartilage ou au ménisque.

Par surabondance, on relèvera que, même à supposer que l'on puisse admettre, in casu, l'existence d'une lésion entrant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, cela n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige : dans le cadre de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents peut se libérer de son obligation de prester en apportant la preuve que la lésion est due à plus de 50% à l'usure ou à la maladie, autrement dit qu'elle est due « de manière prépondérante » à l'usure ou à la maladie. Contrairement à ce que laisse entendre le recourant, sous l'empire de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assureur-accidents n'a plus à prouver (comme c'était le cas sous l'empire de l'ancien droit) que la lésion est « manifestement » due à la maladie, ce qui implique pour lui un allégement de la preuve libératoire (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020, p. 35).

Or, dans le cas d'espèce, le caractère dégénératif prépondérant de la lésion méniscale apparaît indiscutable, à la lumière des explications fournies par le Dr L_____, que rien dans le dossier ne permet de mettre en doute et qui reposent sur des éléments concrets (absence d'atteinte traumatique observable sur les imageries, lésions dont l'aspect est caractéristique d'une dégénérescence, avec chondropathie du condyle fémoral interne et extrusion millimétrique du ménisque interne, surcharge pondérale, etc.).

En conséquence, la preuve libératoire prévue par l'art. 6 al. 2 LAA devrait en toute hypothèse être considérée comme rapportée, et le recourant ne saurait valablement se prévaloir de l'art. 6 al. 2 LAA pour exiger la prise en charge de ses troubles du genou droit au-delà du 13 juillet 2022.

4. Mal fondé, le recours est rejeté.

5. La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis *a contrario* LPGA).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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