RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3373/2019 **ATAS/215/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mars 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GAILLARD, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI, Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, célibataire, ressortissant portugais, au bénéfice d'un permis G–CE, domicilié à Gaillard, France, travaillait en qualité de manœuvre de chantier depuis le 1er mars 2017 pour l'entreprise B_____ ayant son siège à Plan-les-Ouates, active dans la réalisation de tous travaux de gros et second œuvre et de nettoyage ainsi que l'exploitation d'une entreprise générale dans les domaines de la construction, la transformation et la rénovation (ci-après : l'employeur). Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) par la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la CNA ou l'intimée).

2. Le 21 mars 2018, l'employeur a annoncé à la CNA que le 19 mars 2018, alors qu'il se trouvait sur un chantier, sur le pont d'un camion, il avait chuté en descendant de ce véhicule (1,50 m de haut), et s'était blessé au genou droit (traumatisme en torsion du genou droit avec vive douleur du creux poplité et impotence fonctionnelle avec boiterie). Le lendemain il s'était rendu aux HUG car la douleur persistait avec tuméfaction du genou. Le diagnostic d'entorse d'un ligament croisé, suspicion de LCP droit avait été posé (le 20 mars 2018). Une radiographie du genou (doute sur un trait de fracture du rebord tibial) avait permis d'exclure une fracture: pas de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible. Épanchement intra-articulaire modéré à hauteur du récessus sous quadricipital. Tuméfaction des parties molles du creux poplité et du versant interne du genou. Le rapport médical initial des HUG mentionnait que l'assuré décrivait également une torsion du même genou avec gêne à la marche, il y avait un mois, mais il n'avait pas consulté.

3. L'assuré a dû interrompre son travail, après l'événement du 19 mars 2018; plusieurs arrêts de travail successifs ont été délivrés par les médecins des HUG l'ayant suivi depuis le 20 mars 2018.

4. Le 27 mars 2018, la CNA a confirmé à l'employeur et à l'assuré qu'elle prenait le sinistre en charge, notamment le versement d'une indemnité journalière de CHF 234.85 par jour calendaire dès le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt le 22 mars 2018. Elle a en outre confirmé aux HUG qu'elle accordait sa garantie pour la prise en charge du traitement hospitalier.

5. Le 27 mars 2018 une IRM du genou a mis en évidence une rupture complète du ligament croisé antérieur d'allure ancienne; épanchement intra-articulaire; intégrité du ligament collatéral postérieur; fissure de la corne postérieure du ménisque interne complexe, associée à une languette en bec de perroquet; gonarthrose bi-compartimentale, avec principalement des anomalies ostéophytiques isolées; œdème sous-chondral du versant postérieur du plateau tibial latéral et du bord latéral du condyle latéral, avec aspect, sans trait de fracture, suggérant une contusion osseuse dans le contexte post-traumatique récent (vs œdème de contraintes mécaniques). À noter un kyste de Baker de 25 mm de diamètre.

6. Le 28 mars 2018, le docteur C_____, médecin interne au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a prescrit 9 séances de physiothérapie, retenant le diagnostic de lésion ancienne du LCA et lésion complexe du membre inférieur (MI) avec composante radiaire du segment postérieur dans le cadre d'une gonarthrose débutante. D'autres séries de 9 séances de physiothérapie suivront.

7. Le 8 juin 2018, le docteur D_____, chef de clinique au service précité des HUG, a établi un rapport médical intermédiaire à l'attention de la CNA, retenant le diagnostic de gonarthrose bicompartimentale débutante sur ancienne lésion du LCA complète, lésion complexe du ménisque interne droit sur torsion accidentelle le 19 mars 2018. Le traitement actuel consistait en des séances de physiothérapie, la durée du traitement prévisible était inconnue, la reprise du travail en qualité de maçon devait être réévaluée le 15 juin 2018. Il ne savait pas s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème.

8. Le 15 juin 2018, le Dr D_____ a prolongé l'arrêt de travail à 100 % jusqu'au 24 juin 2018 avec reprise à 50% (demi-journée) dès le 25 juin 2018 ; à réévaluer,

9. Dès le 26 juillet 2018, l'incapacité de travail a été augmentée à 70 %, prolongée jusqu'au 14 septembre, puis un nouvel arrêt de travail à 100 % a été prescrit dès ce jour-là jusqu'au 30 octobre 2018.

10. Le 22 août 2018, le Dr D_____ a adressé le patient pour consultation spécialisée au docteur E_____ (HUG), chirurgien orthopédiste, dans le but d'évaluer la possibilité d'une mise en place d'une prothèse totale du genou (PTG) droit.

11. Le 5 novembre 2018, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est prononcé sur la base du dossier: l'incapacité de travail actuelle n'était plus justifiée à ce jour pour les seules suites accidentelles: il s'agissait d'un problème méniscal décompensant une pathologie ancienne, semblait-il « non SUVA », l'accident ne nécessitant pas de traitement actuellement; et étant donné l'origine post-traumatique, mais sur un événement ancien « non SUVA » (à vérifier), l'état était stabilisé sur les seules suites de l'événement accidentel déclaré.

12. Par courrier du 6 novembre 2018, la CNA a annoncé à l'assuré (avec copie à l'assurance-maladie, à l'employeur et aux HUG) que, de l'avis du service médical, l'accident du 19 mars 2018 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles qu'il présentait encore actuellement; dès lors la CNA arrêtait le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 27 novembre 2018 au soir. À compter du 28 novembre 2018, l'incapacité de travail ainsi que le traitement médical ne seraient donc plus à la charge de l'assurance-accidents, mais de l'assurance-maladie.

13. Par courriel du 19 décembre 2018 un avocat s'est constitué pour l'assuré. Il a demandé la notification d'une décision formelle concernant la fin des indemnités.

14. Après avoir réuni les documents médicaux pertinents auprès des HUG, la CNA a invité l'assuré à se présenter pour un examen par le Dr F_____, qui a eu lieu le 27 février 2019. Dans son rapport, le médecin d'arrondissement a retracé l'évolution du cas selon les pièces communiquées; consigné les déclarations du patient: anamnestiquement, l'assuré - accompagné d'une amie (*ndr. sa compagne*) car il ne parlait pas bien le français - a indiqué être en Suisse depuis 2015 où il a travaillé comme maçon. Auparavant il travaillait dans les Caraïbes. Il habitait à Gaillard. Sa compagne travaillait, et avait pu l'accompagner ce jour. Il avait une fille de 20 ans à charge et un fils n'étant plus à charge. Il était toujours suivi par le Dr D_____ qui lui avait fait de nombreuses infiltrations, sans succès. Il était sous Celebrex 200, matin et soir. Il avait vu le Dr E_____: rien n'avait été proposé mais il avait un nouveau rendez-vous pour décision chirurgicale, apparemment en avril 2019. Son arrêt de travail avait été prolongé par le Dr D_____ jusqu'au 15 mars 2019. Avant l'accident (du 19 mars 2018), soit en janvier 2018, il était tombé de scooter en arrivant au travail. Il avait fait une simple percussion au niveau du genou et n'avait pas « eu » (fait) de déclaration particulière; sans arrêt de travail. Le 19 mars 2018, il avait sauté d'un camion d'une hauteur de 1,50 m et était tombé. En tombant il avait senti un claquement du genou, le sol étant par ailleurs irrégulier. Depuis, il avait consulté et était suivi pour son genou qui gonflait de façon extrêmement régulière dès qu'il forçait, sans évolution nette. Il ne se sentait pas capable de travailler, ou en tout cas ne pourrait pas travailler plus d'un jour, compte tenu de sa douleur au genou, qui augmentait à l'effort. Constatations du médecin: homme de 1,62 m pour 74 kg ne parlant pas très bien le français. L'ensemble des demandes et des examens avaient été traduits. L'assuré était sans antécédent au niveau des membres supérieurs (MS), de la colonne lombaire et cervicale et sans autres antécédents sur le plan traumatique. La marche s'effectuait avec difficulté avec une boiterie à chaque pas du MID. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons était à peine possible quelques secondes. L'accroupissement était très limité, jusqu'à 50° de flexion, ensuite le patient se relevait. La station monopodale était assez limitée au niveau du genou gauche par perte d'équilibre, et quasiment impossible au niveau du genou droit. À l'examen clinique, il existait une amyotrophie relative du quadriceps à droite, mesuré à 15 cm de la rotule, 46.5 cm, pour 49 cm à gauche. Hypertrophie légère du genou droit: 39 cm, pour 37 cm à gauche. Hypertrophie légère du mollet droit 38 cm, pour 36 cm à gauche. Discret œdème avec petite lame d'hydarthrose à peine perceptible. Différence de température avec une augmentation relative par rapport au genou gauche qui était froid; le droit était plus chaud, sans être très chaud. La flexion de la hanche droite était limitée à 100°, douloureuse, avec une irradiation sur le grand trochanter et une rotation interne et externe à 10°, douloureuse; abduction limitée à 30° et adduction limitée à 20°, contrastant avec une hanche gauche totalement libre avec une mobilité à 30°; une rotation externe limitée à 15°, une rotation interne à 40° et une abduction-adduction à 40°. Le genou gauche avait une flexion à 140°; un talon-fesse droite à 38 cm pour 24 cm à gauche. Genou gauche: pas de laxité. Pas de Lachmann à droite. Test dynamique difficile à

pratiquer, compte tenu de la douleur; plutôt négatif. Jerk test négatif à gauche. Le reste de l'examen des MI était sans particularité. L'examinateur a ensuite commenté l'imagerie (radiographie du genou du 20 mars 2018; CT- scanner du genou du 26 mars 2018 et IRM du genou du 27 mars 2018). Il a retenu les diagnostics suivants: dans le cadre de l'événement, entorse externe avec petite fracture-décollement du point d'angle postéro-externe; dans des antécédents connus ou inconnus, rupture ancienne du LCA; gonarthrose bilatérale modérée avec lésion méniscale bilatérale dégénérative. Appréciation: si l'on peut admettre cette déchirure du point d'angle postéro-externe comme conséquence de l'accident comme (cause) tout à fait probable de l'incapacité initiale, son incapacité de travail (actuelle) survient sur des lésions méconnues et anciennes du ligament croisé antérieur, dans une cinématique anormale, comme en témoigne, sur les radiographies, un tiroir spontané très important, en particulier sur l'IRM, et à l'examen un Lachmann à arrêt mou. L'anomalie cinématique, par atteinte du (ligament) croisé, a entraîné une arthrose progressive des deux compartiments avec des lésions dégénératives des deux ménisques. Une causalité naturelle entre l'événement accidentel, qui est la chute, entraîne, dans ce type d'événement, au maximum et dans ce contexte, un *statu quo* à 6 mois. Toute thérapeutique prenant en charge ultérieurement l'arthrose et ses conséquences relevait de l'assurance-maladie et ce, compte tenu qu'antérieurement à l'accident aucun élément n'a été déclaré à la CNA (janvier 2018).

15. Par décision formelle du 1er mars 2019, la CNA a confirmé les conclusions contenues dans son courrier du 6 novembre 2018 (voir ci-dessus ad ch. 12). Copie de cette décision a été adressée à l'employeur, aux HUG ainsi qu'à Avenir Assurance Maladie SA (assureur perte de gain-maladie, ci-après : Avenir).

16. Par courrier du 21 mars 2019, Avenir a indiqué à la CNA qu'elle formait opposition à la décision du 1er mars 2019, afin de protéger ses droits. Elle sollicitait la copie du rapport d'examen par le médecin d'arrondissement du 27 février 2019 et toutes autres pièces nouvelles éventuelles.

17. Par courrier du 25 mars 2019, l'assuré, représenté par son conseil, a de son côté formé opposition à la décision du 1er mars 2019. En substance, il concluait implicitement à l'annulation de la décision entreprise, au versement des indemnités journalières jusqu'au recouvrement de sa capacité de travail, et à la prise en charge des soins médicaux jusqu'au terme du traitement prescrit par le Dr D_____. Actuellement, la sollicitation régulière du genou provoquait la formation d'un liquide, et les infiltrations ne fonctionnaient pas. Une opération était prévue pour le mois d'avril 2019, l'assuré se déplaçant en boitant (selon rapport de consultation du Dr D_____ du 12 décembre 2018 annexé). Les lésions dont il était affecté entraient non seulement dans la notion d'accident (art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 [LPGA - RS 830.1]) mais étaient également des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 let. c de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 [LAA - RS 832.20]). La CNA indiquait qu'un état antérieur à l'accident se serait

aggravé ou se serait manifesté à la suite de l'accident; or aucun élément du dossier médical ne venait soutenir cette thèse, alors même que les lésions méniscales étaient réputées être en causalité naturelle et adéquate avec la chute du camion. L'assuré souffrait aujourd'hui encore de ces lésions et il était toujours en incapacité de travail. L'assuré reprochait encore à la CNA de ne pas avoir effectué d'expertise médicale, afin de confronter les points de vue du Dr D_____ et du médecin d'arrondissement.

18. La CNA Genève a soumis le rapport des HUG du 12 décembre 2018 au médecin d'arrondissement, lequel a indiqué le 26 mars 2019 que ce rapport ne disait pas autre chose que ce qu'il disait lui-même: les lésions présentées, attribuables en causalité naturelle à la chute, étaient relatées dans son rapport d'examen; toutes les autres lésions, source des problèmes actuels, étaient dues à une dégradation du genou par lésion ancienne du LCA et à des dégradations sur cinématique anormale du genou, au fil des années, chez un assuré de bientôt 57 ans.

19. En réponse à une question complémentaire du gestionnaire du dossier, le Dr F_____ a précisé, dans un avis du 15 mai 2019, que les lésions méniscales n'avaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, aucune relation de causalité avec l'événement (du 19 mars 2018): celui-ci n'avait pas causé des lésions méniscales mais des lésions capsulaires, qui étaient stabilisées et qui n'entraînaient par elles-mêmes aucune incapacité de travail.

20. Le Dr D_____ a émis un nouveau certificat médical le 14 mai 2019: reprise du travail à 100 % dès le 16 mai 2019: reprise d'un travail adapté de suite. Port de charges maximum 10-15 kg en raison d'une affection du genou droit. (Incapacité définitive pour son dernier travail dans la démolition).

21. Par décision du 27 mai 2019, annulant et remplaçant celle du 1er mars 2019, la CNA Genève a confirmé ses conclusions antérieures: selon la loi et la jurisprudence l'assureur-accidents est habilité à verser des prestations tant qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffre plus des séquelles de l'accident. Lorsqu'un accident aggrave ou, de manière générale, provoque l'apparition d'un état préexistant qui lui est étranger, l'obligation de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire lorsque celle-ci repose exclusivement sur les causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque la personne intéressée recouvre l'état de santé qui existait immédiatement avant l'accident, ou présente celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident, par suite de l'évolution ordinaire d'un état pathologique préexistant. Selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient aujourd'hui n'étaient plus dus à l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 27 novembre 2018 au plus tard. Ainsi la CNA devait clore le cas au 28 novembre 2018 en ce qui concerne les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurances, et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusque-là (indemnités journalières et frais de

traitement). La prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de la compétence de l'assurance-accidents, mais de celle de l'assurance-maladie. Une opposition à cette décision n'aurait pas d'effet suspensif.

22. Parallèlement, et par courrier du 28 mai 2019, Avenir se référant à son courrier du 15 avril 2019 a indiqué au conseil de l'assuré - dont copie à la CNA - que selon l'appréciation médicale de la CNA et l'analyse complète du dossier par le service accident d'Avenir, les troubles actuels dont souffrait l'assuré étaient en lien avec une ancienne atteinte traumatique accident. De ce fait, elle ne prendrait pas en charge le cas, ne s'agissant pas de maladie.

23. Représenté par son conseil, l'assuré a formé opposition à la décision du 27 mai 2019 par courrier du 21 juin 2019. Il reprenait ses conclusions antérieures (annulation de la décision entreprise, service des indemnités journalières jusqu'au recouvrement de sa capacité de travail au maximum légal et prise en charge des soins médicaux en lien avec l'accident). Rappelant les dispositions légales applicables (définition de l'accident au sens de la LPGA et lésions semblables aux conséquences d'un accident au sens de l'art. 6 al. let. c LAA), il faisait valoir qu'il souffrait de lésions méniscales complexes internes suite à une chute de camion le 19 mars 2018. Actuellement il n'y avait aucune amélioration significative malgré plusieurs infiltrations, et aucune chirurgie n'était prévue (rapport - questionnaire du Dr D_____ à Avenir du 10 mars 2019 dont copie annexée). Il était toujours en incapacité de travail due à l'accident, et ne pourrait plus jamais reprendre son activité dans la démolition, selon son médecin traitant (*ndr. ch. 20 ci-dessus*). La décision entreprise ne renversait pas la présomption légale (art. 6 al. 2 LAA) et ne disait pas en quoi les lésions dont il souffrait seraient dues à l'usure et seraient d'origine maladive; selon la CNA, l'accident du 19 mars 2018 aurait fait apparaître un état maladif préexistant; or cet état préexistant n'était pas maladif puisque, comme il l'expliquait au médecin d'arrondissement, il était tombé de scooter en arrivant au travail en janvier 2018. C'était également ce que soulignait l'assureur perte de gain maladie (*ndr. ch. 22 ci-dessus*). Ainsi, la lésion méniscale complexe interne était consécutive à un premier, puis un second accident et n'avait aucune origine maladive.

24. Invité à se prononcer sur les éléments rapportés au dossier par le conseil de l'assuré, et notamment de savoir si ces éléments modifiaient son appréciation précédente, le médecin d'arrondissement s'est à nouveau exprimé le 29 juillet 2019: se référant à son propre examen médical de l'assuré du 27 février 2019, au dossier d'imagerie, aux diagnostics retenus, à sa propre appréciation médicale précédente et au courrier d'opposition du conseil de l'assuré du 21 juin 2019 - dont il citait un extrait (« en l'espèce, Monsieur (F.) souffre de lésion méniscale complexe interne suite à une chute de son camion au travail le 19.03.2018 [cf. examen par le médecin d'arrondissement du 27. 02. 2019 dans le dossier Suva] »), le Dr F_____ a indiqué (*ndr. les passages en majuscules sont de l'auteur du rapport*) que :

« la réponse à cette interprétation est NON. LA LESION DU MENISQUE INTERNE N'est pas imputable à l'événement déclaré en vraisemblance prépondérante. Si les examens, en particulier IRM, ont pu révéler une lésion complexe du ménisque interne, celle-ci n'est pas conséquence en vraisemblance prépondérante de l'événement. L'événement a créé une entorse externe avec une petite fracture décollement du point d'angle postéro-externe. Le mécanisme-même de la chute n'est pas à même de créer des lésions telles que décrites sur les ménisques ET EN PARTICULIER SUR LE MENISQUE INTERNE, CAR L'ACTION SUR LE PLAN TRAUMATIQUE S'EST Exercée SUR LE COMPARTIMENT EXTERNE et pas sur le plan interne, le genou ayant 3 compartiments bien distincts. En particulier les dilacérations méniscales sont des lésions qui se créent au long cours, par délamination usure, par exemple ou favorisée par une rupture complète du ligament croisé antérieur passée inaperçue, et qui change profondément la cinématique du genou. On pourrait certes évoquer une aggravation d'une lésion en vraisemblance prépondérante sur cette lésion méniscale, mais l'événement a créé des lésions externes et pas internes. Les éléments de décollement postérieurs externes capsulaires sont des garde-fous, et ils témoignent bien du mécanisme d'écrasement rotation externe de la descente du camion, la chute provient alors immédiatement, le sujet étant au sol il n'y a plus de continuation lésionnelle de niveau probable dans le compartiment interne. On note également que l'assuré déclare être tombé effectivement en janvier 2018, ou en tout cas le déclare comme tel, sans qu'il n'y ait eu de déclaration particulière. Là encore, une simple percussion au niveau du genou ne peut entraîner des dilacérations au niveau du ménisque. Aurait-il pu causer la lésion du LCA ? Peut-être, mais le ménisque interne n'aurait pas pu se dégrader en si peu de temps, si bien qu'il faut admettre une lésion méniscale préexistante dégénérative, une lésion associée du LCA aurait alors produit plus d'effet clinique et une impotence fonctionnelle significative, et sur le plan IRM il y aurait à 2 mois des signes de contusions osseuses encore présents, différents de ceux décrits sur le plateau tibial. Nous rappellerons enfin l'âge de l'assuré 57 ans qui travaille dans des métiers où les genoux travaillent de façon fréquente ce qui naturellement use l'articulation et les ménisques ».

25. Par décision sur opposition du 5 août 2019 la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision de la CNA Genève le 27 mai 2019, retirant l'effet suspensif d'un éventuel recours. Rappelant les principes légaux et jurisprudentiels applicables, elle a repris les rapports successifs de son médecin d'arrondissement en en citant de larges extraits (*ndr. dont les citations comportent quelques erreurs de dates, sans incidence sur le fond*), observant de plus que l'avis de l'assureur-maladie confortait celui du médecin d'arrondissement, relevant qu'Avenir ne prétendait pas que les troubles étaient à mettre sur le compte de l'accident du 19 mars 2018 (ou) sur celui de janvier 2018 comme le prétendait l'assuré. Cet événement - qui pour le (sur)plus n'a jamais été annoncé à la CNA car l'assuré n'a pas interrompu le travail et n'a visiblement pas consulté - ne pouvait être taxé d'ancien. Une rupture méniscale ou ligamentaire ne passe pas inaperçue. L'assuré n'aurait pas pu continuer son travail si en janvier 2018 il avait présenté une déchirure du ménisque ou du ligament. Par ailleurs, 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 qu'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23. 11. 2009, consid 3). 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 (arrêts du Tribunal fédéral U 172/06 du 10.5.2007, consid. 6.2). Enfin, dans la mesure où l'assuré a été victime d'un accident, il n'y a pas lieu d'examiner s'il s'agit d'une lésion corporelle. L'art. 6 al. 2 LAA s'applique à titre subsidiaire. De plus, l'analyse du médecin d'arrondissement et l'avis de l'assureur-maladie permettent de conclure que les lésions méniscales sont dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie ou à un événement non couvert par la CNA.

26. L'assuré, représenté par son conseil, a recouru contre cette décision par mémoire du 13 septembre 2019. Il conclut principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 5 août 2019 et à la condamnation de la CNA à lui verser les indemnités journalières dues à partir du 28 novembre 2018 jusqu'au 16 mai 2019, le tout avec suite de frais et dépens. En substance, le recourant, après avoir rappelé la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA, et observé que n'est pas litigieux le fait que l'événement du 19 mars 2018 (chute du camion) constituait un accident, rappelle qu'est litigieux le fait de savoir si cet accident fait suite à des antécédents, de sorte que les conséquences de l'accident en lui-même seraient terminées après 6 mois (statu quo sine); en d'autres termes il s'agit de déterminer si les troubles actuels sont en lien de causalité avec l'accident ou sont issus d'un état antérieur à celui-ci. Selon le recourant, l'intimée a violé l'art. 6 al. 2 LAA. Il fait grief à la CNA de n'avoir examiné la question de l'art. 6 al. 2 LAA qu'à titre subsidiaire, et de considérer que la lésion méniscale interne est soit due à l'usure, soit à une maladie, soit à un événement n'engageant pas la CNA. Il considère au contraire que l'art. 6 al. 2 LAA s'applique dès que l'on est en présence d'une des lésions mentionnées. En outre, la CNA ne démontrerait pas en quoi cette lésion serait due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Selon le recourant, la chute du 19 mars 2018 aurait au contraire aggravé une ancienne lésion du ligament croisé (gonarthrose bi-compartimentale) et provoqué une nouvelle lésion complexe du ménisque interne droit. Selon lui, la lésion du ménisque serait ainsi uniquement due à l'événement du 19 mars 2018 ; du reste il n'est pas contesté que l'accident ait à tout le moins déclenché les symptômes actuels. Dès lors, la CNA aurait dû retenir que la lésion du ménisque interne dont il souffre est assimilée à un accident, de sorte que le droit aux indemnités était ouvert jusqu'au recouvrement de la capacité de travail (art. al. 2 LAA).

27. L'intimée a répondu au recours par courrier du 13 novembre 2019. Elle conclut à son rejet. Reprenant en détail les pièces médicales déterminantes versées au dossier, et se fondant sur les avis successifs motivés de son médecin d'arrondissement, notamment aux termes de l'examen personnel de l'assuré du 27 février 2019, mais aussi à ses avis complémentaires des 15 mai et 29 juillet 2019, relevant que

l'appréciation du Dr F_____ est motivée et convaincante, et qu'aucun élément médical objectif n'est de nature à remettre en cause ses conclusions, l'intimée considère que le recourant échoue par ailleurs à soutenir que la lésion du ménisque interne devrait être assimilée à un accident, et que l'art. 6 al. 2 LAA s'appliquerait en l'espèce. En effet, le Tribunal fédéral a considéré, dans son arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 que si une lésion de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate, c'est-à-dire lorsque l'atteinte à la santé repose uniquement sur les causes sans rapport avec l'accident. En l'occurrence, la CNA avait reconnu l'événement du 19 mars 2018 comme un accident au sens de la loi, ce que ne conteste pas le recourant, et avait initialement prévu - et servi - des prestations pour ses conséquences. L'accident n'est pas une cause de la lésion méniscale, ce dernier n'ayant entraîné qu'un décollement postérieur externe capsulaire pour lequel un statu quo à 6 mois doit être reconnu. Ainsi la décision de l'intimée de mettre fin au versement des prestations d'assurance au 27 novembre 2018, motif pris que les troubles qui subsistaient n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 19 mars 2018, s'avère fondée.

28. Le recourant a répliqué par courrier du 6 décembre 2019. Selon la traduction de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_ 22/2019, cité par l'intimé, cette jurisprudence en attente de publication (*Ndr. publié entretemps; ATF 146 V 51*) indique : « *les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes - au degré de la vraisemblance prépondérante - que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50 % de tous les facteurs en cause* ». En l'espèce, deux assureurs, l'un pour la perte de gain maladie et l'autre en matière LAA, se rejettent mutuellement la responsabilité dans l'accident survenu le 19 mars 2019 (recte : 2018). Selon l'assureur perte de gain maladie, « les troubles actuels dont souffre (le recourant) sont en lien avec une ancienne atteinte traumatique accident » de sorte qu'il ne s'agit « pas de maladie ». Or, deux assureurs se rejetant la responsabilité sur la question de savoir si les suites de l'accident constituent un cas de maladie ou d'accident, aucune vraisemblance prépondérante ne peut être dégagée ni de l'une ni de l'autre version, car dans les deux cas, les assureurs ont fait appel à leur médecin-conseil. Seul un médecin neutre pourrait départager ces conclusions antinomiques. Or, cet arbitrage avait déjà été effectué par les rapports des HUG des 20 et 27 mars ainsi que du 8 juin 2018 qui confirment la présence d'une lésion complexe du ménisque interne droit sur tension accidentelle le 19 mars 2018. Dans ces conditions, l'avis du médecin d'arrondissement est minorisé, de sorte qu'il est exclu de considérer que la CNA ait renversé la présomption de l'art. 6 al. 2 LAA. Du reste, contrairement à ce qui est le cas dans la jurisprudence susmentionnée, la CNA a laissé s'écouler près d'une année avant de remettre en cause le fondement de ses prestations, et elle a versé celles-ci pendant plus d'une année. Ce n'est que

lorsque ses prestations commençaient à lui paraître trop onéreuses qu'elle s'est mise en recherche d'un avis médical lui convenant, lequel est d'autant plus sujet à caution. Mais surtout, dans le cas soumis au Tribunal fédéral dans l'arrêt précité, la haute juridiction avait relevé ceci : « il n'y a pas eu de distorsion ; ceci est confirmé par le rapport médical du premier médecin-traitant qui décrit l'accident comme une contusion du genou droit » (arrêt cité ad consid. 5.2). Or, dans le cas particulier, une torsion du genou a bel et bien eu lieu et a été d'emblée diagnostiquée par les médecins, sans que ce diagnostic n'ait été remis en cause par l'assurance. Dès lors, l'arrêt cité par l'intimée ne lui est d'aucun secours. On notera enfin par surabondance que le rapport du médecin d'arrondissement du 29 juillet 2019, produit en dernier lieu par l'intimée, est d'autant moins crédible que son auteur fait mine de savoir comment la chute du camion s'est produite, alors qu'il n'en a aucune idée exacte, n'ayant pas assisté à l'accident. C'est le lieu de rappeler que l'art. 6 al. 2 LAA pose une présomption, qui n'a pas pour vocation d'être renversée par une redéfinition purement rhétorique du prétendu déroulement exact de l'accident. Au vu de ce qui précède, l'ensemble des indices paraît plaider en faveur d'une cause accidentelle et non maladive.

29. L'intimée a brièvement dupliqué par courrier du 15 janvier 2020. Elle persiste dans ses conclusions. Dans sa réplique, le recourant se prévaut en premier lieu du fait que deux assureurs se rejetteraient mutuellement la responsabilité dans l'accident survenu le 19 mars 2019 (recte 2018). Il se réfère à cet égard au courrier du 28 mai 2019 d'Avenir. Or, cet élément ne s'oppose pas à l'appréciation du médecin d'arrondissement, dès lors que ce dernier a mentionné à titre de diagnostic antécédent, une rupture ancienne du ligament croisé antérieur ainsi qu'une gonarthrose bilatérale modérée avec lésion méniscale bilatérale dégénérative. Par ailleurs, force est de rappeler qu'aucun événement n'a été déclaré à l'intimée antérieurement à l'accident du 19 mars 2018. Au surplus, il sied de mentionner que l'assurance-maladie Helsana (LAMal) a retiré l'opposition formée à l'encontre de la décision initiale du 27 mai 2019. Pour le surplus, quoi qu'en pense le recourant, on ne voit pas que les rapports des HUG viendraient « minoriser » (sic) l'avis du Dr F_____, dès lors que ce dernier a mentionné la lésion complexe du ménisque interne révélée aux examens d'imagerie, laquelle n'était cependant pas une conséquence de l'événement du 19 mars 2018 (avis du médecin d'arrondissement du 29 juillet 2019). Quant aux propos émis selon lesquels le Dr F_____ ferait mine de savoir comment la chute du camion s'est produite, l'intimée a relevé que le médecin d'arrondissement a reçu le recourant pour un examen clinique le 27 février 2019 et recueilli les déclarations de ce dernier quant à sa chute.

30. La chambre de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle fixée au 24 août 2020; l'intimée a sollicité sa dispense de comparaître, qui lui a été accordée. Il a dès lors été procédé à l'audition du recourant, assisté par un interprète en langue portugaise.

Le recourant a déclaré : « Pour répondre à votre question, j'ai repris mon travail depuis début juin 2019, soit très rapidement après avoir recouvré la pleine capacité de travail et résilié mon contrat de travail. Je n'ai donc pas d'autres prétentions que celles qui ressortent des conclusions de mon recours. Ceci dit, j'ai toujours des douleurs au genou, surtout quand le temps change, de sorte que je dois prendre des médicaments lorsque la douleur me prend, et je cesse lorsque celle-ci disparait. Je prends donc ces médicaments à la demande. Avant l'accident du 19 mars 2018, j'avais également eu un accident de scooter. En raison du verglas, en janvier 2018, j'étais tombé de mon véhicule. À cette occasion-là, mon patron m'avait conseillé d'aller consulter un médecin, ce que je n'avais pas fait parce que je n'avais pas mal. Avant cet accident de scooter, je n'avais jamais rencontré le moindre problème par rapport à mon genou. S'agissant du déroulement de l'accident du 19 mars 2018, il était presque midi; je me trouvais sur le pont du camion, en train de disposer des poutres en bois que me passait un collègue dans le cadre du démontage d'un toit. Le toit lui-même avait déjà été démonté. Un collègue se trouvait sur l'un des étages du bâtiment sur lequel nous travaillions et me passait les poutres. L'une d'elles m'a déséquilibré, et ainsi je suis tombé du camion. Dans ma chute, au moment où j'ai touché le sol, avec mes deux pieds en même temps, l'un d'eux est arrivé sur un caillou, ce qui a faussé ma réception et ma jambe s'est tordue. Je n'ai pas touché le sol avec le genou. Je suis en effet tombé sur mes pieds, mais c'est avec le poids de la chute et le processus que je viens de décrire que ma jambe s'est tordue. Je me suis retenu en posant les mains sur le sol, et pendant tout cet épisode, j'ai immédiatement ressenti une douleur, avec l'impression que mon genou se déchirait. J'ai ressenti après 10 à 15 mn que mon genou commençait à enfler, et après 1 h, c'était très gonflé. J'ai toutefois terminé mes heures de travail, soit vers 16h30. C'était difficile de travailler. Si j'avais eu mon scooter sur place, je serais parti avant 16h30. Je suis monté dans la camionnette d'entreprise qui m'a conduit jusqu'à mon scooter et je suis rentré à la maison avec mon véhicule. À la fin de la journée, je n'arrivais plus à plier la jambe. Toute la nuit, j'ai appliqué de la glace sur mon genou pour tenter d'apaiser ma douleur. Le lendemain, comme j'avais toujours mal, j'ai demandé à une amie qu'elle me conduise à l'hôpital. Il était environ 9h ».

Me BAIER a proposé, pour le cas où la chambre de céans ne s'estimerait pas suffisamment renseignée, l'audition du Dr D_____.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA 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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles de santé du recourant ayant existé entre le 28 novembre 2018 et le 16 mai 2019 étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 19 mars 2018 et engageaient la responsabilité de l'intimée, et singulièrement son obligation de verser au recourant les indemnités journalières pour cette période.

7. En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2).

8. Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de

celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1). Parmi les causes déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA figurent également les circonstances sans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un événement traumatique ayant provoqué un dommage génère dès lors également une obligation de prestations, quand bien même le dommage en question serait apparu tôt ou tard sans cet événement assuré et celui-ci ne représente par conséquent une « condition sine qua non » que sous l'angle du moment de l'apparition du dommage. En revanche, il n'en va pas de même lorsque l'accident ne représente qu'une cause purement occasionnelle ou due au hasard, qui concrétise un risque actuel dont la réalisation devait être attendue à tout moment, sans que le rapport de cause à effet entre l'accident survenu et le dommage subi n'en soit influencé en lui-même (la revue Sozialversicherungsrecht / Droit des assurances sociales [SVR] 2012 UV n. 8 c. 4.2.1).

9. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition maladive, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (statu quo ante), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition maladive (statu quo sine; arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51). Lorsqu'un accident se produit en présence d'un état maladif préexistant et qu'il est établi au plan médical que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine ne pourront plus jamais être rétablis, il existe une aggravation durable (SVR 2019 IV n° 9 c. 3.2). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe - contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51).

   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.

10. 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).

11. 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).

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

    On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La

liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

b. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe – évoqué par les parties dans leurs écritures - 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

13. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. 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).

e. 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

14. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la

vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

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 la 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).

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

16. 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, ATF 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 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

17. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de

l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

18. En l'espèce, dans un premier grief, le recourant reproche à la CNA de n'avoir examiné la question de l'art. 6 al. 2 LAA qu'à titre subsidiaire, et de considérer que la lésion méniscale interne est soit due à l'usure, soit à une maladie, soit à un événement n'engageant pas la CNA. Il considère au contraire que l'art. 6 al. 2 LAA s'applique dès que l'on est en présence d'une des lésions mentionnées. La chambre de céans peine à suivre le raisonnement du recourant : en effet, selon la systématique de l'art. 6 LAA et la jurisprudence susmentionnée, dans la mesure où l'intimée a admis, dans un premier temps, que l'événement du 19 mars 2018 était bien constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, elle a admis son obligation de servir les prestations d'assurances, conformément à l'art. 6 al. 1 LAA, de sorte que, dans ce sens, l'existence d'une lésion figurant dans la liste des lésions corporelles assimilées à un accident, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA était couverte, initialement, dans les prestations versées par la CNA dans les suites de l'accident. Or, dans la mesure où, selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents est tenu d'allouer ses prestations pour les lésions corporelles énumérées, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, c'est à juste titre que dans un second temps, et conformément à la jurisprudence, la CNA, suivant l'avis de son médecin d'arrondissement, a pris en considération la lésion méniscale interne dès le moment où, selon son appréciation, elle estimait que, passé un délai de 6 mois, son obligation de prestations cessait, dès lors que cette lésion n'entrait plus en ligne de compte dans les suites de l'accident. La question de savoir si c'est à juste titre qu'elle a ainsi mis fin à ses prestations, considérant que dès le 28 novembre 2018, elle n'était plus tenue de verser les indemnités journalières litigieuses, sera examinée ci-après.

19. Selon le recourant, la CNA ne démontrerait pas en quoi cette lésion serait due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Selon lui, la chute du 19 mars 2018 aurait au contraire aggravé une ancienne lésion du ligament croisé (gonarthrose bi-compartimentale) et provoqué une nouvelle lésion complexe du ménisque interne droit. L'intimée soutient que cet accident faisait suite à des antécédents, de sorte que les conséquences de l'accident en lui-même seraient terminées après 6 mois (statu quo sine); en d'autres termes que les troubles litigieux

étaient en lien de causalité avec l'accident ou étaient issus d'un état antérieur à celui-ci, étant dus soit à l'usure, soit à une maladie, soit encore à un événement n'engageant pas la CNA. Dans la mesure où la décision entreprise se fonde sur l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr F_____, il y a lieu, conformément aux principes rappelés précédemment, de déterminer si l'appréciation médicale de ce médecin et les conclusions qu'il en tire peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Selon la jurisprudence rappelée précédemment, 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. Il convient tout d'abord de rappeler que le Dr F_____ est un spécialiste reconnu dans son domaine, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et qu'il a été amené à suivre personnellement ce dossier, tout au long de l'instruction menée par la CNA. Il a régulièrement été consulté par rapport à son appréciation du dossier :

- le 5 novembre 2018, il s'est prononcé dans un premier temps sur la base du dossier : selon lui l'incapacité de travail actuelle n'était plus justifiée pour les seules suites accidentelles; il s'agissait d'un problème méniscal décompensant une pathologie ancienne, semblait-il « non SUVA », l'accident ne nécessitant pas de traitement actuellement; et étant donné l'origine post-traumatique, mais sur un événement ancien « non SUVA » (à vérifier), l'état était stabilisé sur les seules suites de l'événement accidentel déclaré; on notera à cet égard que dans les suites immédiates de l'événement du 19 mars 2018, une IRM du genou du 27 mars 2018 aux HUG avait mis en évidence une rupture complète du ligament croisé antérieur d'allure ancienne; épanchement intra-articulaire; intégrité du ligament collatéral postérieur; fissure de la corne postérieure du ménisque interne complexe, associée à une languette en bec de perroquet; gonarthrose bi-compartimentale, avec principalement des anomalies ostéophytiques isolées; œdèmes sous-chondral du versant postérieur du plateau tibial latéral et du bord latéral du condyle latéral, avec aspect, sans trait de fracture, suggérant une contusion osseuse dans le contexte post-traumatique récent;

- dans un second temps, la CNA ayant informé l'assuré que sur la base de l'appréciation de son service médical, l'accident du 19 mars 2018 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles qu'il présentait encore actuellement et qu'ainsi elle mettrait fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 27 novembre 2018, l'assuré a sollicité une décision formelle. La CNA, ayant réuni les documents médicaux pertinents auprès des HUG, le Dr F_____ a procédé à l'examen personnel de l'assuré, le 27 février 2019. Force est de constater à cet égard que le rapport d'appréciation médicale à la suite de cet

examen remplit toutes les conditions formelles posées par la jurisprudence, pour que l'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : ce document témoigne d'une appréciation fondée sur une pleine connaissance du dossier, et sur l'examen personnel de l'assuré ; l'examinateur a retracé l'évolution du cas selon les pièces communiquées et consigné les déclarations du patient, recueillant de façon précise tous les renseignements anamnestiques nécessaires, et notamment la description précise du déroulement de l'accident, ainsi que les plaintes de l'assuré. Il a ainsi relevé que précédemment à l'accident du 19 mars 2018, l'intéressé avait une première fois fait une chute de scooter en arrivant sur son lieu de travail, en janvier 2018, au cours de laquelle son genou droit avait percuté le sol. Il n'avait toutefois pas consulté ni interrompu son travail, malgré les douleurs ressenties. L'examinateur a ensuite consigné le résultat du status complet auquel il a procédé; il a ensuite posé les diagnostics suivants : dans le cadre de l'événement (19 mars 2018), entorse externe avec petite fracture-décollement du point d'angle postéro-externe; dans des antécédents connus ou inconnus, rupture ancienne du LCA; gonarthrose bilatérale modérée avec lésion méniscale bilatérale dégénérative. L'examinateur a ensuite livré son appréciation : selon lui, on pouvait admettre que l'accident en cause avait pu provoquer la déchirure du point d'angle postéro-externe susdécrite, soit l'entorse externe avec petite fracture du plateau tibial, non déplacée, ayant conduit à l'incapacité de travail initiale; en revanche, les plaintes actuelles incapacitantes survenaient sur des lésions anciennes du ligament croisé antérieur, ayant entraîné une arthrose progressive des deux compartiments avec des lésions dégénératives des deux ménisques. Il admettait ainsi implicitement que l'accident en cause (la chute) avait pu avoir un effet sur les lésions préexistantes, indiquant toutefois que dans ce type d'événement, dans le contexte où est survenue la chute du 19 mars 2018, le statu quo ante ou sine intervenait à 6 mois. Il arrivait dès lors à la conclusion que toute thérapeutique prenant en charge ultérieurement l'arthrose et ses conséquences relevait de l'assurance-maladie, compte tenu du fait qu'antérieurement à l'accident du 19 mars 2018, aucun événement n'avait été déclaré à la CNA;

- dans le cadre de l'opposition à la décision formelle du 1er mars 2019, la CNA a à nouveau soumis le dossier au Dr F_____, et en particulier le rapport du Dr D_____ (médecin traitant aux HUG) du 12 décembre 2018. Le médecin d'arrondissement s'est à nouveau prononcé le 26 mars 2019. Le rapport du médecin traitant ne disait pas autre chose que ses propres constatations. Le Dr F_____ rappelait que les lésions présentées, entrant dans un rapport de causalité naturelle avec la chute, étaient décrites dans son rapport d'examen. Toutes les autres lésions, source des problèmes actuels, étaient dues à une dégradation du genou par lésion ancienne du ligament croisé (LCA) et des dégradations sur cinématique anormale du genou au fil des années, chez un assuré de presque 57 ans;

- le Dr F_____ a encore précisé, sur demande de renseignements complémentaires du gestionnaire du dossier, dans un nouvel avis du 15 mai 2019, que les lésions méniscales n'avaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, aucune relation de causalité avec l'événement du 19 mars 2018 : celui-ci n'avait pas causé des lésions méniscales, mais des lésions capsulaires, qui étaient stabilisées et qui n'entraînaient par elles-mêmes aucune incapacité de travail ;

- le médecin d'arrondissement s'est encore prononcé, le 29 juillet 2019, sur les éléments complémentaires apportés au dossier par le conseil de l'assuré : se référant à son propre examen médical de l'assuré du 27 février 2019, au dossier d'imagerie, aux diagnostics retenus, à sa propre appréciation médicale précédente et au courrier d'opposition du conseil de l'assuré du 21 juin 2019, le Dr F_____ se prononçant sur l'interprétation de l'assuré selon laquelle il aurait admis qu'il souffrait d'une lésion méniscale complexe interne suite à une chute de son camion au travail le 19 mars 2018, a affirmé que cette interprétation n'était pas exacte : il a en effet précisé que la lésion du ménisque interne n'était pas imputable, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement déclaré. Il a motivé son point de vue de façon convaincante : si les examens, en particulier IRM, ont pu révéler une lésion complexe du ménisque interne, celle-ci n'était pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'événement. L'événement a créé une entorse externe avec une petite fracture décollement du point d'angle postéro-externe. Le mécanisme même de la chute n'est pas à même de créer des lésions telles que décrites sur les ménisques et en particulier sur le ménisque interne, car l'action sur le plan traumatique s'est exercée sur le compartiment externe et pas sur le plan interne, le genou ayant trois compartiments bien distincts. Il a observé en particulier que les dilacérations méniscales sont des lésions qui se créent au long cours, par délamination usure, par exemple, ou favorisées par une rupture complète du ligament croisé antérieur passée inaperçue, et qui change profondément la cinématique du genou. Il a relevé que l'on pourrait certes évoquer une aggravation d'une lésion sur cette lésion méniscale, mais l'événement avait créé des lésions externes et non pas internes. Les éléments de décollement postérieur externe capsulaire étaient des garde-fous, et ils témoignaient bien du mécanisme d'écrasement rotation externe de la descente du camion, la chute survenant alors immédiatement; le sujet étant au sol, il n'y avait plus de continuation lésionnelle probable, dans le compartiment interne. Il relevait également que l'assuré avait déclaré être tombé en janvier 2018 sans qu'il n'y ait eu de déclaration particulière. Mais il considérait que là encore, une simple percussion au niveau du genou ne pouvait entraîner des dilacérations au niveau du ménisque. Il posait la question de savoir s' « il » (la percussion du genou) aurait pu causer la lésion du LCA ? Il retenait cette hypothèse comme possible, ajoutant toutefois que le ménisque interne n'aurait pas pu se dégrader en si peu de temps, si bien qu'il fallait admettre une lésion méniscale préexistante dégénérative; une lésion

associée du LCA aurait alors produit plus d'effets cliniques et une impotence fonctionnelle significative; et sur le plan IRM, il y aurait à deux mois des signes de contusions osseuses encore présents, différents de ceux décrits sur le plateau tibial. Il rappelait enfin l'âge de l'assuré, 57 ans, qui travaille dans des métiers où les genoux travaillent de façon fréquente, ce qui naturellement use l'articulation et les ménisques.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans observe que les avis successifs du Dr F_____ sont convaincants, aboutissent à des conclusions cohérentes, exemptes de contradictions. Les objections du recourant sont essentiellement fondées sur le fait que du 28 novembre 2018 au mois de mai 2019, il se trouvait encore dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle, ce qu'en soi, le médecin d'arrondissement, et la CNA, ne remettent pas en cause, considérant que les troubles qui subsistaient au-delà du 27 novembre 2018 n'entraient plus en lien de causalité adéquate avec les suites de l'accident du 19 mars 2018, mais trouvaient leur origine dans des événements ou périodes antérieurs à sa chute du camion, et dont les conséquences n'engageaient plus la responsabilité de l'intimée, après possible aggravation passagère de l'état antérieur. Force est également de constater que les pièces médicales versées au dossier, ou visées par le recourant à l'appui de son recours, ont régulièrement été soumises au médecin d'arrondissement qui s'est prononcé à leur sujet, de façon motivée et convaincante. Au demeurant, aucune de ces pièces, en particulier celles visées par le conseil du recourant lors de l'audience de comparution personnelle (pièces 8 et 9 rec.), ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante, au regard des exigences de la jurisprudence, indépendamment du principe selon lequel il convient de garder à l'esprit qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), et le fait que les médecins traitants, en vertu du rapport de confiance qui les lie à leur patient, ont généralement tendance, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). Dans le cas d'espèce, aucun document médical versé au dossier ne remet en cause explicitement ou implicitement l'appréciation du Dr F_____. En tout état, il n'existe en effet aucun élément objectif rapporté par les médecins traitants susceptibles de jeter un doute sur la fiabilité des observations et conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée.

20. Le recourant fait encore valoir, s'agissant de déterminer si l'intimée a pu prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante - que la lésion en question était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire, selon la jurisprudence (ATF 146 V 51; ATAS/747/2019) à plus de 50% de tous les facteurs en cause, qu'en l'espèce, deux

assureurs, l'un pour la perte de gain maladie et l'autre en matière LAA, se rejetteraient mutuellement la responsabilité dans l'accident survenu le 19 mars 2018, et qu'ainsi aucune vraisemblance prépondérante ne pourrait être dégagée, ni de l'une, ni de l'autre version, sur la question de savoir si les suites de l'accident constituent un cas de maladie ou d'accident. On ne saurait suivre ce raisonnement : en effet, il n'est pas exact de prétendre que l'assureur perte de gain maladie et l'intimée se rejetteraient la responsabilité de la prise en charge des prestations litigieuses (en l'occurrence des indemnités journalières pendant la période du 28 novembre 2018 au 16 mai 2019) au motif que l'un prétendrait que les troubles relèvent de l'accident et que l'autre prétendrait que ceux-ci relèvent de la maladie. Certes, l'Avenir fait valoir que la lésion méniscale litigieuse ressortit aux suites d'un ancien traumatisme (sans pour autant remettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée), mais ceci uniquement pour prétendre que ces lésions ne ressortiraient donc pas à un cas de maladie. L'intimée, pour sa part, relève que ces lésions proviennent d'un traumatisme ancien, antérieur à l'événement du 19 mars 2018 engageant sa responsabilité. Elle s'appuie non seulement sur les investigations dûment menées, conformément aux exigences de la jurisprudence, pour déterminer les circonstances de l'accident pris en charge, ce qui a permis au Dr F_____ d'expliquer la cinématique du genou lors de l'accident du 19 mars 2018, excluant la survenance de la lésion méniscale dans la dynamique de l'accident, mais également sur les documents médicaux, notamment l'IRM pratiquée quelques jours à peine après l'événement, et montrant la nature dégénérative de l'atteinte concernée (gonarthrose bi-compartimentale). Elle observe du reste que même l'événement précédent, « non SUVA », de janvier 2018 évoqué par le recourant était selon le médecin d'arrondissement même trop récent, pour avoir provoqué en moins de deux mois un tel état dégénératif. Il ressortait déjà de l'avis du 15 mai 2019 du Dr F_____ que les lésions méniscales n'avaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, aucune relation de causalité avec l'événement du 19 mars 2018 : celui-ci n'avait pas causé des lésions méniscales, mais des lésions capsulaires, qui étaient stabilisées et qui n'entraînaient par elles-mêmes aucune incapacité de travail; les avis ultérieurs de ce médecin ont conforté cette appréciation, de sorte que l'on doit admettre dans le cas d'espèce qu'au 27 novembre 2018, en tout cas, l'origine des troubles existants encore dès ce moment-là ne relevait plus de l'accident du 19 mars 2018, mais, au degré de la vraisemblance prépondérante, de la maladie (affections dégénératives) de façon prépondérante, soit à tout le moins à plus de 50 %, et n'était donc plus à charge de l'intimée.

21. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières, dès le 28 novembre 2018 ; le recours sera donc rejeté.

22. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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