RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3519/2022 **ATAS/282/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2023

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MORTEAU, FRANCE, représenté par le syndicat UNIA	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____1985, a été engagé le 14 septembre 2020 en qualité de nettoyeur à plein temps par la société B_____ SA (ci-après : l'employeur), entreprise ayant son siège à Carouge. Son activité, pour laquelle il était assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assureur ou l'intimée) contre le risque d'accident, professionnel ou non, était exercée dans un dépôt de bus, situé dans le canton de Neuchâtel, et consistait plus précisément à s'occuper du parcage, dépannage et nettoyage des véhicules, et à faire l'appoint de carburant.

b. Selon une déclaration de sinistre complétée le 10 février 2022 par l'employeur, l'assuré, qui se trouvait à l'intérieur d'un bus le 2 janvier 2022, avait voulu se lever du siège conducteur sur lequel il était assis. Ce faisant, son pied gauche avait glissé sur le plancher du véhicule en raison d'un produit de nettoyage qui y était répandu (« produit à chewing-gum ») sur quoi, son genou avait « craqué ». Ayant interrompu son travail dès le lendemain, il avait reçu les premiers soins de la part du docteur C_____, médecin généraliste exerçant à Chenôve (France).

c. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident du 2 janvier 2022 en octroyant à l'assuré les prestations légales (prestations pour soins et indemnités journalières).

d. Le 1er avril 2022, lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur, l'assuré a expliqué qu'il n'arrivait pas et ne devait pas plier la jambe. Il pouvait marcher, mais pas comme d'habitude. Selon les conclusions d'un rapport d'IRM du genou gauche, transmise à l'assureur le même jour, mais réalisée le 19 janvier 2022 par le docteur D_____, radiologue exerçant à Quetigny (France), il existait une fissuration au niveau de la structure méniscale interne (corne moyenne et postérieure) et de la corne antérieure du ménisque externe.

e. Dans une note du 27 juin 2022, relatant un entretien téléphonique du même jour avec l'assuré, celui-ci a indiqué qu'hormis l'IRM réalisée en janvier 2022, il n'y avait pas eu d'autre examen mais qu'il devait prendre contact en vue de la réalisation d'une deuxième IRM afin de savoir si la fissuration était réparée. Son genou gauche était sans antécédent. Par ailleurs, son employeur l'avait licencié avec effet au 31 juillet 2022.

f. Dans un rapport du 28 juin 2022 à l'assureur, le Dr C_____ a posé le diagnostic de traumatisme du genou gauche (fissuration des cornes moyenne et postérieure du ménisque interne, et fissuration de la corne antérieure du ménisque externe), l'évolution étant marquée par une gonalgie persistante du genou gauche. Une infiltration avait été effectuée par le médecin orthopédiste de l'assuré et le pronostic était indéterminé. Même si des séances de kinésithérapie étaient en cours, la nécessité d'une intervention chirurgicale demeurait probable et la durée

du traitement inconnue. Enfin, il fallait s'attendre à la persistance d'un problème, à savoir une gonalgie chronique.

g. Le 7 juillet 2022, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de l'assureur, a effectué une appréciation médicale sur la base des pièces du dossier. Le bilan IRM du 19 janvier 2022 montrait une atteinte dégénérative des deux ménisques avec une fissuration horizontale atteignant la surface articulaire tibiale du ménisque interne dans le cadre d'une méniscopathie dégénérative avec kyste poplité débutant. Le diagnostic de méniscopathie dégénérative interne et externe au genou gauche présentait un lien de causalité naturelle seulement possible avec l'événement du 2 janvier 2022. Cet événement avait vraisemblablement entraîné une entorse bénigne du genou, sans atteinte ligamentaire. Dans ces conditions et en l'absence d'atteinte structurelle imputable à l'événement du 2 janvier 2022, on pouvait raisonnablement penser que cet événement avait cessé de déployer ses effets six mois après sa survenue. Interrogé sur le point de savoir si l'atteinte à laquelle la future opération – évoquée par le Dr C_____ – devait remédier, présentait un lien de causalité avec l'accident du 2 janvier 2022 au degré de la vraisemblance prépondérante, le Dr E_____ a répondu par la négative.

B. **a.** Par décision du 7 juillet 2022, l'assureur a informé l'assuré qu'il mettrait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement le 17 juillet 2022, motif pris que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, l'état de santé de l'assuré, tel qu'il aurait été sans l'accident du 2 janvier 2022, pouvait être considéré comme atteint, six mois après cet événement au plus tard.

b. Le 13 septembre 2022, l'assuré, représenté par le syndicat UNIA, a formé opposition à cette décision en contestant que son état de santé serait désormais similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou que son genou gauche aurait à présent atteint l'état qui aurait été le sien même sans l'accident, par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). En outre, même si l'on s'en tenait à la version du Dr E_____ – qui était contestée – consistant à retenir un état maladif préexistant, il n'en demeurait pas moins qu'une fissuration du ménisque devait être prise en charge, au titre d'une lésion assimilée à un accident.

c. Par décision sur opposition du 22 septembre 2022, l'assureur a rejeté l'opposition et renvoyé à l'appréciation du Dr E_____.

d. Le 25 octobre 2022, la VAUDOISE ASSURANCES, assureur-maladie perte de gain de l'employeur (ci-après : l'assureur-maladie perte de gain), a contacté l'assureur par téléphone pour lui annoncer, notamment, que l'assuré avait repris une activité professionnelle dès le 10 octobre 2022.

e. Le 25 octobre 2022 également, l'assureur a reçu :

- un courrier du 15 février 2022, dans lequel le docteur F_____, chirurgien orthopédiste établi à Dijon (France), indiquait au Dr C_____ que l'assuré avait présenté, début janvier 2022, un traumatisme du genou gauche avec un faux mouvement au travail. Son genou avait gonflé. Actuellement, il allait mieux mais gardait une douleur résiduelle plutôt interne (au niveau du compartiment interne dans la région de l'interligne). À l'examen clinique, le Dr F_____ avait noté un petit épanchement et un léger craquement rotulien. Le genou était bien mobile. L'IRM avait montré une fissure d'allure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne avec un début de chondropathie. Il fallait éviter de pratiquer d'emblée une méniscectomie car cela entraînait toujours des lésions cartilagineuses secondaires. Aussi le Dr F_____ avait-t-il expliqué qu'il effectuerait une infiltration intra-articulaire de cortisone puis observerait l'évolution ;
- des réponses que le Dr F_____ avait données à une suite de questions que le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin conseil de l'assureur-maladie perte de gain, lui avait posées le 7 septembre 2022. L'assuré présentait une gonalgie gauche sur lésion du ménisque interne. Il s'agissait d'une douleur interne en appui et flexion, traitée par une infiltration de cortisone. Bien que favorable, l'évolution clinique n'en restait pas moins variable. Les limitations fonctionnelles concernaient l'accroupissement et le port de charges. Interrogé sur les raisons justifiant le taux ainsi que la durée de l'incapacité de travail, le Dr F_____ mentionnait que la pénibilité du travail et le genou gonflé en étaient la cause. Invité à évaluer la capacité de travail depuis le 31 juillet 2022, date de la fin du contrat de travail de l'assuré, le Dr F_____ a indiqué que si dans l'activité de chauffeur de poids-lourds et toute activité adaptée à l'état de santé, la capacité de travail était « correcte », cette dernière était en revanche « difficile » dans l'activité de nettoyeur ;
- un rapport du 13 septembre 2022 du Dr F_____ au Dr C_____, indiquant qu'une première infiltration de cortisone avait apporté un soulagement durant quelques mois. Actuellement, le genou restait douloureux de façon fluctuante. Il s'agissait essentiellement d'une douleur interne, accompagnée parfois d'un petit épanchement. L'assuré présentait des difficultés au niveau de son travail, « où il piétine ». Son genou était légèrement gonflé lors de la consultation de ce jour. Le compartiment interne restait sensible. Au vu de ces éléments, le Dr F_____ proposait à l'assuré d'effectuer une deuxième infiltration, tout en précisant qu'en cas d'échec de cette dernière, on pourrait discuter d'une éventuelle arthroscopie, même si à plus long terme, une méniscectomie était toujours néfaste.

C. **a.** Le 24 octobre 2022, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre la décision sur opposition du 22 septembre 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à son

annulation et à la condamnation de l'assureur à prendre en charge les suites de l'événement du 2 janvier 2022, en octroyant les prestations dues.

À l'appui de sa position, il a réitéré, en substance, les arguments développés dans son opposition à la décision du 7 juillet 2022 et versé au dossier un rapport du 13 septembre 2022 du Dr C_____, attestant que le traumatisme du genou survenu lors de l'accident du 2 janvier 2022 était à l'origine de la fissuration du ménisque interne et externe du genou gauche. Les douleurs à ce niveau, qui persistaient à ce jour, étaient en rapport avec cet accident, étant relevé qu'il s'agissait d'un jeune homme sans antécédents et sans aucune pathologie dégénérative.

b. Par réponse du 7 novembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours en renvoyant à une appréciation du Dr E_____, datée du 2 novembre 2022, complétant l'avis du 7 juillet 2022 à la lumière des rapports qui lui avaient été transmis dans l'intervalle. De l'avis de ce médecin, il y avait un consensus, dans la littérature médicale, pour admettre que les lésions méniscales dégénératives étaient définies comme des lésions non traumatiques qui se développaient progressivement sous la forme d'une fissure horizontale au sein du ménisque chez des patients âgés de plus 35 ans. La partie centrale du ménisque devenait plus fragile et pouvait être le point de départ de lésions parfois complexes. Dans le cas concret, on était, de l'avis même du Dr F_____ (rapport du 15 février 2022), en présence d'une fissure d'allure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne avec un début de chondropathie.

Interrogé par l'intimée sur le point de savoir s'il confirmait ses précédentes conclusions selon lesquelles l'accident avait cessé de déployer ses effets délétères six mois après sa survenance, le Dr E_____ répondait par l'affirmative pour les raisons suivantes : premièrement, le type de traumatisme était mineur ; selon la description ressortant de la déclaration de sinistre LAA, le mécanisme correspondait vraisemblablement à une entorse bénigne, sans atteinte ligamentaire objectivable, ni fragment méniscal instable « type anse de seau » à l'IRM du 19 janvier 2022. Deuxièmement, la sémiologie radiologique de l'atteinte du recourant correspondait, suivant la littérature médicale, à ce que l'on retrouvait habituellement dans les lésions méniscales de type dégénératif.

c. Par réplique du 1er décembre 2022, le recourant a indiqué que la réponse de l'intimée n'appelait aucune observation de sa part et qu'il persistait dans ses conclusions.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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.

2.1 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.

2.2 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

2.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al. 3 LPA).

2.4 Après réception de la décision sur opposition le 23 septembre 2022, le délai de recours a commencé à courir le lendemain et est arrivé à échéance le 24 octobre 2022, le dernier jour du délai tombant un dimanche (23 octobre 2022). Posté le 24 octobre 2022, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les exigences de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations d'assurance, au-delà du 17 juillet 2022.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g), les lésions du tympan (let. h).

3.2 Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment

penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

3.3 En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 2 janvier 2022 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins dans le dossier litigieux tombent sous la liste de l'art. 6 al. 2 LAA puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1 ; ci-après : consid. 4.2 et 4.3).

4. Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 2 janvier 2022, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

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

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

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

4.3 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

4.4 Le droit à des prestations d'assurance suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5.

5.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale)

supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

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).

5.2.2 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

5.2.3 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).

6. 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).

7.

7.1 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).

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

8. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. 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 (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).

10.

10.1 En l'espèce, faisant sienne l'appréciation du 7 juillet 2022 du Dr E_____, que ce médecin a confirmée le 2 novembre 2022, l'intimée considère que le *statu quo sine vel ante* était rétabli six mois après l'accident du 2 janvier 2022 et qu'ainsi, elle était en droit de mettre un terme à l'octroi des prestations avec effet le 17 juillet 2022 au soir.

Pour sa part, le recourant conteste, en substance, la survenance de ce statu quo six mois après l'événement du 2 janvier 2022 car il présenterait toujours – et donc au-delà du 17 juillet 2022 – des troubles et des limitations fonctionnelles du genou gauche nécessitant un traitement (kinésithérapie, infiltrations intra-articulaires de cortisone et une possible méniscectomie à venir), en raison d'un état à tout le moins décompensé par l'accident.

10.2 À cet égard, les médecins s'accordent à retenir, sur la base de l'IRM du 19 janvier 2022, qu'il existe une fissuration du ménisque interne et externe du genou gauche, mais leurs appréciations divergent quant à la cause de cette atteinte. Le Dr C_____ est d'avis que celle-ci est la conséquence du traumatisme subi le 2 janvier 2022 (cf. le rapport du 13 septembre 2022 de ce médecin), alors que le Dr E_____ estime pour sa part qu'au vu du caractère dégénératif de la méniscopathie interne et externe, le lien de causalité de cette déficience avec l'accident du 2 janvier 2022 est tout au plus possible et n'a causé qu'une aggravation temporaire – durant six mois – de cet état dégénératif préexistant, laquelle a cessé de déployer ses effets six mois après sa survenue. Quant au Dr F_____, il indique certes, le 13 septembre 2022, que le recourant présente une

douleur du genou gauche depuis janvier dernier « dans la suite d'un traumatisme » mais ne prend pas position sur le point de savoir si pour la fissure d'allure dégénérative du ménisque interne qu'il retenait le 15 février 2022, le *statu quo sine vel ante* était atteint et si oui, à partir de quand.

Dans la mesure où il n'appartient pas au juge de tirer des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 1080 du 13 avril 2007 consid. 4.2), la chambre de céans ne saurait prendre position sur la question de savoir s'il convient, à l'instar du Dr C_____, de s'en tenir à l'origine traumatique des fissurations méniscales ou à leur étiologie dégénérative, comme le postule le Dr E_____ et, à sa suite, l'intimée. Cela étant, dans son appréciation subséquente du 2 novembre 2022, le Dr E_____ n'en précise pas moins qu'en cas de lésions méniscales dégénératives préexistantes, « la partie centrale du ménisque devient plus fragile et peut être le point de départ de lésions parfois complexes ». Force est, par ailleurs, de constater que même s'il s'abstient de développer cette dernière affirmation et d'en tirer des conclusions pour l'accident du 2 janvier 2022, le Dr E_____ n'en admet pas moins que cet événement a constitué le point de départ d'une aggravation temporaire de l'état du genou gauche. Cependant, ce médecin se garde bien de confronter son estimation de la durée de la déstabilisation de l'état antérieur – six mois –, aux rapports du 13 septembre 2022 des Dr F_____ et C_____, faisant état de la persistance de troubles et de douleurs qui, à cette date, étaient toujours sous traitement et ce, depuis leur survenue. Le Dr E_____ se borne en effet à affirmer que « les nouvelles pièces déposées au dossier n'apportent aucun élément nouveau permettant de définir la nature traumatique de l'atteinte méniscale ».

En raisonnant de la sorte, le Dr E_____ et, à sa suite, l'intimée, ne tiennent toutefois pas compte du fait qu'une causalité partielle entre la persistance du traitement, le 13 septembre 2022, et l'accident du 2 janvier 2022 suffirait : selon la jurisprudence en effet, les causes pertinentes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA comprennent également les circonstances dans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Une atteinte traumatique dommageable fonde ainsi un droit aux prestations d'assurance même lorsque sans l'événement assuré, le dommage serait survenu tôt ou tard et qu'ainsi, l'accident constitue la condition *sine qua non* uniquement pour ce qui concerne le moment de la survenance du dommage. En revanche, la situation est différente si l'accident ne constitue qu'une cause occasionnelle ou fortuite – qui rend manifeste un risque présent qui aurait pu se produire à tout moment – et qu'il est dépourvu de toute portée propre d'un point de vue causal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2016 du 7 juillet 2016 consid. 4.1.1 ; Doris VOLLENWEIDER, Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungs-gesetz, 2019, n. 19 ad art. 36 LAA).

Dès lors que le Dr E_____ a considéré que l'accident du 2 janvier 2022 s'était traduit par une aggravation temporaire de l'état du genou gauche, son

appréciation, selon laquelle le *statu quo sine* aurait été atteint six mois plus tard, soit en juillet 2022 – du seul fait qu'une aggravation traumatique passagère d'un état maladif préexistant est par principe limitée dans le temps – apparaît insuffisamment motivée et partant douteuse, étant donné qu'elle implique qu'il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la nécessité d'une (deuxième) infiltration intra-articulaire de cortisone, voire d'une méniscectomie se seraient manifestées en septembre 2022 également, même si l'événement assuré du 2 janvier 2022 n'avait pas eu lieu. Or, ce dernier point n'a précisément fait l'objet d'aucune mesure d'instruction de la part de l'intimée, en particulier d'aucune comparaison avec le genou droit.

10.3 La jurisprudence rappelée notamment par l'arrêt 8C_337/2016 précité impliquerait les conséquences suivantes pour le cas d'espèce : si le besoin d'un traitement médical des troubles du genou gauche – qui était toujours d'actualité le 17 juillet 2022 – et l'indication opératoire (voire une opération effectuée dans l'intervalle) étaient apparus plus tôt que cela aurait été le cas sans l'accident du 2 janvier 2022, l'intimée serait tenue de prendre en charge les coûts de ce traitement (art. 10 LAA), incluant les frais de ladite intervention, ainsi qu'une éventuelle incapacité de travail associée (art. 16 LAA). Tant et aussi longtemps qu'il s'avérerait que les suites de l'accident du 2 janvier 2022 constituent encore une cause, même partielle, d'un traitement médical et/ou d'une incapacité de travail, l'intimée devrait fournir des prestations d'assurance au recourant, et ce jusqu'à ce qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes causées par cet accident ne constitueraient plus une cause, même partielle, des troubles du genou gauche du recourant et qu'ainsi, son atteinte à la santé ne s'expliquerait plus que par les causes antérieures à l'événement du 2 janvier 2022.

11.

11.1 Vu l'absence de valeur probante des appréciations du Dr E_____, on ne saurait conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident du 2 janvier 2022 aurait cessé d'être la cause, même partielle, des troubles du genou gauche après le 17 juillet 2022, soit la date fixée par l'intimée pour la cessation de l'octroi de prestations au recourant. Pour le surplus, la chambre de céans ne saurait pas non plus se fonder sur les rapports des Drs F_____ et C_____, le premier ne prenant pas position sur la problématique discutée plus haut (ci-dessus : consid. 10.2 et 10.3) et le second n'expliquant pas de façon convaincante l'origine – qu'il juge traumatique – des fissurations méniscales du genou gauche, mais en recourant à un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* faisant abstraction de l'IRM du 19 janvier 2022 et de l'interprétation qu'en font les spécialistes en chirurgie orthopédique.

11.2 Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige. Vu l'absence d'avis médicaux probants notamment sur la question litigieuse de l'éventuelle survenance du *statu quo sine*, il se justifie

de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires en vue d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, qu'elle administre les preuves nécessaires, au besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

12. Partant, le recours sera partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

13. Étant donné que le recourant obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 22 septembre 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF – RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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