

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3628/2023

ATAS/763/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 octobre 2024

Chambre 2

En la cause

A _____
représenté par Me Thomas BARTH

recourant

contre

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

intimée

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

EN FAIT

A. a. Le 6 novembre 2020, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1976, domicilié dans le canton de Genève, de nationalité française et sans antécédents médicaux particuliers, a fait l'objet d'une « déclaration de sinistre », en raison de douleurs en bas du dos dont il avait souffert depuis octobre 2019 tout en travaillant sans relâche en qualité de livreur auprès d'une société employeuse.

b. L'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA, la caisse ou l'intimée), a instruit ce cas et reçu divers documents d'ordre professionnel émanant de l'employeur ainsi que des rapports médicaux.

Notamment, dans un « rapport initial LAA » rempli le 1^{er} décembre 2020 et reçu le 9 décembre 2020 par la caisse, la docteure B_____, médecin généraliste traitante à cette époque et médecin praticienne FMH, a indiqué avoir apporté les « premiers soins » le 24 juin 2020, à son patient selon les indications duquel il y avait eu, « à la suite de fréquents déplacements en voiture, apparition en mai 2020 de vives douleurs lombaires droites irradiant à la jambe droite avec sensation de fourmillements dans le pied ». Le diagnostic était « lombo-sciatique L5 droit ».

c. Selon l'« appréciation médicale » du 4 février 2021 du médecin-conseil de la SUVA, le docteur C_____, spécialiste en médecine du travail, l'assuré, âgé de 44 ans, présentait une lombosciatalgie droite chronique sur un début de discopathie dégénérative. Notamment, son exposition professionnelle au port de charges pouvait être considéré comme faible (charge unitaire inférieure à 25 kg, activité à temps partiel). Une relation de causalité nettement prépondérante entre les expositions professionnelles de l'intéressé et cette lombalgie chronique ne pouvant pas être retenue, il n'était pas possible de reconnaître une maladie professionnelle au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents. Le refus du cas était donc proposé.

d. Par arrêt du 2 août 2022 (ATAS/680/2022, cause A/2083/2021), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre la décision sur opposition rendue le 18 mai 2021 par la caisse qui confirmait une décision – initiale – du 29 mars 2021 qui refusait de lui allouer des prestations de l'assurance-accidents.

Selon la chambre de céans, en effet, le recourant n'avait fait valoir ni un accident ni des lésions corporelles assimilées à un accident. Une maladie professionnelle ne pouvait pas être retenue, dans la mesure où, d'une part, aucune substance nocive n'était incriminée et les problèmes de dos invoqués par l'assuré ne figuraient pas dans la liste du ch. 2 de l'annexe 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, et, d'autre part, il n'était pas prouvé que l'affection au dos

invoquée par le recourant – certes douloureuse – aurait été causée exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de son activité professionnelle de livreur.

e. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral.

B. a. Par « déclaration de sinistre LAA » du 4 janvier 2021, l'assuré a annoncé un accident qui avait eu lieu le 30 décembre 2020, avec une entorse de Chopart au pied droit alors qu'il effectuait son travail de livreur (ou chauffeur-livreur) – auprès de la même société employeuse –, qu'il n'avait plus pu accomplir depuis lors.

b. La caisse a recueilli des rapports médicaux, dont celui du docteur D_____, chef de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), du 31 décembre 2020 diagnostiquant une « entorse du pied droit (atteinte de [Chopart]) » et un « traumatisme en inversion de la cheville », de même que, depuis le 12 janvier 2021, ainsi que des rapports du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (le chirurgien orthopédiste traitant), et des docteurs F_____ et G_____, chirurgiens orthopédistes FMH auprès du H_____ à la Clinique I_____.

c. Le 11 avril 2022, l'assuré a été examiné par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la caisse, qui a rendu son rapport le 14 avril suivant. Selon ce médecin-conseil, au plan asséurologique, la situation médicale était actuellement stabilisée, sans proposition thérapeutique susceptible d'améliorer de manière significative l'état de l'intéressé ; son activité de livreur n'était plus exigible, en raison de l'atteinte au pied droit ; devaient être prises en compte les limitations fonctionnelles suivantes : - pas de port de charges supérieur à 5 kg de manière répétitive ; - aucune station debout ni marche à plat prolongées ; - aucune activité sur terrain irrégulier ; - aucune activité sur échelle ou demandant la montée ou la descente répétitive d'escaliers. Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail de l'assuré était de 100% sans diminution de rendement. Au plan thérapeutique, seraient de manière admissible pris en charge par l'assurance-accidents deux à trois séries de neuf séances de physiothérapie pour une durée de trois ans pour passer un cap difficile et pour entretenir les amplitudes articulaires actuelles de la cheville, une à deux consultations annuelles chez le chirurgien orthopédiste traitant, les traitements antalgiques et orthopédiques par chaussures et semelles orthopédiques (à réévaluer dans trois ans).

Selon l'« estimation de l'atteinte à l'intégrité » établie le même 14 avril 2022 par le médecin-conseil de la SUVA, les atteintes diagnostiquées entraînaient des séquelles douloureuses et limitations définitives de la fonction de la cheville droite. Conformément aux tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité (indemnité pour atteinte à l'intégrité ; ci-après : IPAI), selon la loi fédérale sur

l'assurance-accidents, table n° 2 pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, on se trouvait dans une situation de gêne fonctionnelle des articulations sous-taliennes et médio-tarsiennes, sans troubles dégénératifs significatifs. Un taux de 10%, qui tenait compte de l'aggravation prévisible, paraissait adapté à la situation (sus-décrite) de l'assuré.

d. Par décision du 3 juin 2022, confirmée par décision sur opposition du 7 juillet 2022, la SUVA, sur la base d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité avec référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) et arrivant, avec un abattement de 5%, à un degré d'invalidité nul, a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré mais lui a accordé une IPAI de 10%.

e. Par arrêt du 20 décembre 2022 (ATAS/1137/2022, cause A/2367/2022), la chambre des assurances sociales a rejeté un recours déposé par l'intéressé contre ladite décision sur opposition.

En parallèle, par arrêt du même jour (ATAS/1138/2022, cause A/2766/2022), elle a rejeté un recours interjeté par l'assuré contre une décision rendue en matière d'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 24 août 2022 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) rejetant la demande de prestations de l'AI, mesures professionnelles et/ou rente, déposée le 20 mai 2021 par l'intéressé.

f. Ces deux arrêts n'ont pas fait l'objet de recours au Tribunal fédéral.

- C.** **a.** Le 23 janvier 2023, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle « déclaration de sinistre LAA », rédigée en allemand par son nouvel employeur, K_____ (ci-après : l'employeur) au service duquel il travaillait depuis le 7 novembre 2022 en tant qu'employé de courrier (« courrier ») depuis le 7 novembre 2022 à un taux irrégulier (travail sur appel), à la suite d'un accident survenu le 20 janvier 2023 à 12h00 dans le canton de Genève, qui avait causé une « contusion » (« Prellung ») touchant tout son corps.

Les faits étaient décrits en annexe par l'intéressé : « Suite à ma chute en faisant route [...] avec [un collègue indiqué par prénom]. Vers 12h et exactement devant notre stop sis [...] (NDR : adresse précise dans une commune genevoise). En descendant du camion, sur une plaque de verglas. J'ai eu une chute sur côté à droite. En me réveillant j'ai trouvé [mon collègue] et une dame à mes côtés. J'ai juste voulu rentrer chez moi. Mais mes douleurs ne cessent pas. J'ai décidé d'aller à l'urgence suite à mon entretien téléphonique à deux reprises avec [deux personnes aux prénoms indiqués]. La chute a eu comme décrit côté droit tête, coude et genoux. L'urgence me préconise de consulter un spécialiste si les douleurs persistent ».

b. Le 24 janvier 2023, le service des urgences des HUG a établi un rapport à la suite de la consultation du 20 janvier 2023, le « motif d'admission » étant « traumatisme crânien + perte de connaissance / amnésie circonstancielle ».

Le 27 janvier 2023, jour d'une consultation, le Dr E_____ a émis un certificat d'incapacité de travail à 100% du même jour au 3 février 2023, avec référence à la loi fédérale sur l'assurance-accidents. Il a par la suite attesté une telle incapacité de travail jusqu'au 31 août 2023. En parallèle, les 3 février et 10 mars 2023, ledit chirurgien orthopédiste traitant a prescrit des séances de physiothérapie, sur la base du diagnostic de « déchirure corne postérieure du ménisque interne du genou [droit] sur ancienne ligamentoplastie LCA » et avec des buts analgésique/anti-inflammatoire, d'amélioration des fonctions articulaire et musculaire ainsi que de « proprioception/coordination ».

c. Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, la SUVA a, selon sa lettre du 31 janvier 2023, pris en charge les suites de l'accident professionnel du 20 janvier 2023, par les frais de traitement et des indemnités journalières, et a instruit le cas, recevant notamment des avis médicaux, notamment d'imagerie médicale.

Les 3, 22, 23 et 30 mai ainsi que 1^{er}, 5, 14 et 20 juin, 6 juillet 2023, une collaboratrice ou un collaborateur de la caisse a eu un entretien téléphonique avec l'assuré, dont le contenu a été reproduit en allemand dans des notices téléphoniques du même jour.

Dans un « rapport médical intermédiaire » à l'intention de la SUVA complété le 16 mai 2023, la docteure L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'« état de stress post-traumatique » (F43.1 selon la CIM-10) et de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0).

Le 21 mai 2023, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin généraliste traitant, a prescrit des séances de physiothérapie, sur la base du diagnostic de « douleurs cervicales post-traumatiques » et avec des buts d'amélioration des fonctions articulaire et musculaire.

À la suite de l'arrêt de la prise en charge de séances de physiothérapie par la SUVA, le Dr E_____ a adressé le 23 mai 2023 un courrier à celle-ci, laquelle a, le 7 juin 2023, rétabli la prise en charge desdites séances de physiothérapie.

d. Dans une « appréciation brève » du 7 juin 2023 du médecin-conseil de la SUVA, le docteur N_____, médecin d'assurance de celle-ci et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a notamment indiqué que, « du fait de l'atteinte multiple, malgré l'absence de lésion objectivable, l'événement aura fini de déployer ses effets à 6 mois au maximum en tenant compte d'un traitement selon les règles de l'art ».

e. Par lettre du 14 juin 2023, l'assuré s'est plaint auprès de la caisse de ce que sa situation clinique se détériorait au niveau du genou, ainsi que de la fin de la prise en charge de séances de physiothérapie.

Le 22 juin 2023, le Dr E_____ a adressé un « rapport médical intermédiaire » à la SUVA. Était joint un « rapport de consultation » du 20 juin 2023.

f. Dans une nouvelle « appréciation brève » du 4 juillet 2023, le Dr N_____ a confirmé ses réponses du 7 juin 2023 et a ajouté à la fin : « En ce qui concerne le genou [droit], l'atteinte et les douleurs résiduelles sont vraisemblablement en lien avec la pathologie préexistante ».

g. Par décision du 6 juillet 2023, la SUVA a retenu que, selon l'appréciation médicale, l'état de santé de l'intéressé tel qu'il aurait été sans l'accident du 20 janvier 2013 pouvait être considéré comme atteint depuis six mois après l'accident au plus tard, et, un lien de causalité adéquate ne pouvant plus être établi « au vu des critères déterminants », a mis fin aux prestations d'assurance-accidents avec effet au 31 juillet 2023.

h. Le 13 juillet 2023, le Dr E_____ a adressé une lettre à la caisse, dans le contexte de fin de droit de son patient aux prestations de l'assurances-accidents.

Les 17, 24 et 25 juillet, 3, 7, 14 août, 2 octobre 2023, une collaboratrice ou un collaborateur de la caisse a eu un entretien téléphonique avec l'assuré, dont le contenu a été reproduit en allemand dans des notices téléphoniques du même jour.

i. Le 18 juillet 2023, l'assuré a formé opposition contre la décision – initiale – du 6 juillet 2023, concluant à son annulation et en particulier à la continuation de la prise en charge des traitements médicaux. Selon lui, l'infiltration péri-méniscale proposée par le Dr E_____ pour soulager ses douleurs aiguës du genou n'avait pas donné les résultats escomptés et avait même aggravé la situation. En outre, le traitement psychiatrique avait été interrompu, et il fallait insister sur l'importance de continuer le suivi psychiatrique, y compris la thérapie cognitivo-comportementale, directement lié à l'accident de janvier 2023. Était demandée la désignation d'un expert chirurgien indépendant et d'un expert psychiatre.

Étaient produits des documents établis le 18 juillet 2023 par la Dre L_____.

j. Le 4 septembre 2023, la caisse a reçu une nouvelle prescription de séances de physiothérapie par le Dr E_____ en raison du même diagnostic et pour les mêmes buts que les précédentes prescriptions.

k. Le 20 septembre 2023, un autre médecin-conseil de la SUVA, le docteur O_____, médecin d'assurance de celle-ci et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a émis une « appréciation médicale », confirmant et développant les conclusions précédentes du Dr N_____.

l. Le 3 octobre 2023, la SUVA a reçu un certificat daté du 4 octobre 2023 (sic) émis par le docteur , psychiatre agréé en France voisine, attestant suivre l'intéressé pour une prise en charge psychothérapeutique et indiquant que l'état

psychologique de celui-ci ne lui permettait pas d'occuper un emploi car il était temporairement inapte à toutes fonctions.

m. Par décision sur opposition rendue le 12 octobre 2023, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 6 juillet 2023, l'effet suspensif étant en outre retiré à un éventuel recours. En effet, au plan somatique, suivant l'appréciation du 20 septembre 2023 de son médecin-conseil, il n'y avait de raison de poursuivre la prise en charge du cas au-delà du 31 juillet 2023. Au plan psychique, c'était à tort que le traitement psychiatrique avait été, dans un premier temps, pris en charge par la caisse, puisque le lien de causalité adéquate entre l'événement du 20 janvier 2023 et les troubles psychiques présentés devait être nié, après examen à l'aune des critères développés par la jurisprudence du Tribunal et compte tenu notamment du fait que l'accident en cause devait être rangé dans la catégorie des accidents moyens à la limite des accidents de peu de gravité, ce qui avait permis de mettre fin pour l'avenir à la prise en charge des soins prodigués à ce titre. Pour ces motifs, et en raison notamment du fait que l'assuré n'avait pas apporté d'élément objectif et pertinent susceptible de démontrer que les appréciations médicales du Dr N_____ – et du Dr O_____ – étaient critiquables, il n'y avait pas lieu, par appréciation anticipée des preuves, d'ordonner une expertise orthopédique et encore moins une expertise psychiatrique, l'examen de la causalité adéquate étant une question de droit.

- D. a.** Par acte daté du 6 novembre 2023 et déposé le lendemain, l'assuré, agissant en personne, a, auprès de la chambre des assurances sociales, interjeté recours contre cette décision sur opposition, concluant à son annulation et, cela fait, à la constatation que son accident du 20 janvier 2023, son droit à l'indemnisation et son droit à la suite du traitement et suivi médical n'étaient pas contestables, à la déclaration que l'intimée était pleinement responsable d'assumer tous les frais, y compris les préjudices subis, à la suite dudit événement accidentel, à la constatation que l'arrêt subi formulé le 6 juillet 2023 par la caisse était manifestement insuffisamment et incomplètement fondé, « équivalant dès lors à un manque d'avis d'expertise tiers », à la reprise immédiate par la SUVA de la prise en charge des suites de l'accident, par les indemnités journalières à compter de fin juillet 2023 « avec une majoration de 50% » et le remboursement des frais médicaux, jusqu'à son rétablissement complet, et à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Notamment, selon le recourant, qui produisait plusieurs pièces, ses antécédents médicaux, à savoir le premier incident survenu le 30 décembre 2020 et le deuxième subi le 15 novembre 2022, devaient être soigneusement examinés et soulignaient l'importance de faire en sorte qu'il reçoive l'attention médicale et légale appropriée pour ses problèmes de santé, tout en préservant ses droits en tant qu'employé dévoué et résilient, qualités que le certificat de travail – motivé – émis le 6 février 2023 par l'employeur montrait, étant précisé que celui-ci avait résilié ses rapports de travail pour le même jour (p. 3 à 8).

Étaient énoncés des griefs concernant le lien de causalité naturelle entre l'accident en cause et les troubles somatiques (p. 20 à 25). Notamment, le recourant alléguait ne jamais eu de douleurs au genou avant l'accident du 20 janvier 2023, précisant ensuite : « Une autre chute sur les genoux précédant cet accident, survenue le 15 novembre 2022, aurait incité la victime à cesser toute activité s'il avait eu de réelles douleurs. De plus, le rapport d'IRM n'indique aucune lésion ligamentaire, confirmant que le ligament est intact » (p. 24). De surcroît, l'erreur d'ordre médical commise par « l'acte d'infiltration » effectué à la demande du Dr E_____ avait aggravé sa situation et augmenté ses douleurs, et devait être « considérée comme un élément additionnel crucial dans l'évaluation de la responsabilité légale et de la prise en charge inadéquate du cas particulier » (p. 32).

Pour ce qui était du rapport de causalité – adéquate – entre l'accident et les troubles psychiques (p. 26 à 31), ledit événement devait être qualifié de grave (p. 28), y compris sous l'angle des « circonstances concomitantes dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident » ainsi que de « la gravité ou la nature particulière des lésions physiques » (p. 30). Suivait un examen des autres critères de ladite causalité adéquate (p. 31 à 35).

b. Par réponse du 28 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, estimant notamment que l'accident en cause pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et en aucun cas dans celle des accidents graves ni à la limite supérieure des accidents moyens.

c. Le 12 décembre 2023, le recourant a répliqué, persistant dans ses conclusions et développant ses griefs et produisant une ordonnance du 12 décembre 2023 du Dr P_____.

d. Par « lettre complémentaire » spontanée du 8 mars 2024, le recourant a actualisé sa situation au plan médical, en produisant notamment de nouveaux documents médicaux.

e. Par « lettre complémentaire » spontanée du 9 avril 2024, l'intéressé a transmis à la chambre de céans une copie de la décision rendue en matière d'assistance juridique dans la cause AC/2900/2023 le 19 mars 2024 par la vice-présidente de la Cour de justice, considérant que les chances de succès du recours contre la décision sur opposition du 12 octobre 2023 ne pouvaient pas être déniées, annulant la décision du 31 octobre 2023 de la vice-présidence du Tribunal civil et lui renvoyant la cause pour examen des autres conditions d'octroi de l'assistance judiciaire et nouvelle décision.

f. Par « lettre complémentaire » spontanée du 15 avril 2024, l'assuré a fait état d'une péjoration considérable de son état de santé.

En effet, un rapport du 15 avril 2024 du docteur Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie auprès d'un hôpital privé en France voisine, constatait la présence « une volumineuse languette méniscale du genou droit en

interne suite à une chute dans un escalator aggravée par une seconde sur verglas », rendant nécessaire une arthroscopie pour la soulager, prévue en ambulatoire le 6 septembre 2024.

g. Par décision de la vice-présidence du Tribunal civil du 22 avril 2024 (cause AC/2900/2023), l'assistance juridique a été octroyée à l'intéressé avec effet au 16 octobre 2023, Maître Thomas BARTH, avocat, étant commis à cette fin.

h. En réponse à la demande formulée le 26 avril 2024 par cet avocat, une copie complète du dossier de la présente cause a été, le 2 mai 2024, remise à celui-ci, lequel ne s'est pas manifesté dans le délai au 23 juillet 2023 fixé par la chambre des assurances sociales pour d'éventuelles observations à défaut desquelles la cause serait gardée à juger sur instruction ou au fond.

i. Par écriture de son conseil du 13 septembre 2023, le recourant a remis à la chambre de céans un courrier du Dr Q_____ du 6 septembre 2024 au sujet de l'intervention chirurgicale réalisée le même jour.

À la demande de la chambre des assurances sociales, il a, le 24 septembre 2023, produit le « compte-rendu opératoire » qui y était mentionné, à la suite de quoi la chambre de céans a informé les parties que la cause restait gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 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.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. S'agissant de l'objet du litige, l'assuré allègue, dans son acte de recours, avoir subi des accidents de travail le 20 décembre 2020, puis le 15 novembre 2022 et enfin le 20 janvier 2023, tous pris en charge par la SUVA. D'après lui,

« il convient tout d'abord de noter l'erreur manifeste selon laquelle il n'existe aucun enregistrement d'un accident le 20 décembre 2022, comme prétendu par la SUVA. D'autre part, les deux derniers accidents réels, survenus successivement le 15 novembre 2022 et le 20 janvier 2023, doivent être liés, car ils ont tous les deux entraîné des lésions au genou avec seulement deux mois d'écart. La Cour doit prendre en considération que l'accident mentionné par la SUVA en page 3, paragraphe 1, n'a jamais eu lieu le 20 décembre 2022. Par conséquent, nous demandons à la Cour de rejeter sa décision sur opposition. [À la ligne] Nous consentons à accorder une suite exceptionnelle si la Cour ne devait pas rejeter la décision, en raison de l'erreur concernant la date de l'accident inexistante que la SUVA a prétendu avoir pris en charge le 20 décembre 2022 » (p. 19).

Cela étant, c'est de manière manifestement erronée qu'à teneur du ch. 1 en droit de la décision sur opposition attaquée, « le litige porte sur la question de savoir si la SUVA était fondée à mettre fin aux prestations au 31 juillet 2023 pour les seules suites de l'accident du 20 décembre 2022 ». En effet, comme le fait valoir le recourant, aucun événement accidentel qui serait survenu ledit 20 décembre 2022 ne ressort du dossier. L'intimée a ainsi sans doute possible commis une inadvertance. Tout, y compris le reste de la décision sur opposition, montre qu'elle voulait bien plutôt inscrire la date du 20 janvier 2023.

Le présent litige porte ainsi sur la question de savoir si l'intimée est en droit ou non de refuser la prise en charge, par les indemnités journalières et les frais de traitement, des suites de l'accident du 20 janvier 2023 au-delà du 31 juillet 2024.

Il est par ailleurs précisé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement – ici au 12 octobre 2023 (date du prononcé de la décision sur opposition querellée) –, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) comprend notamment le droit pour la personne intéressée de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1). Ce droit comprend ainsi le droit pour les parties de participer à la

procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 et la référence). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée, en particulier lorsque la décision entachée est couverte par une nouvelle décision qu'une autorité supérieure – jouissant d'un pouvoir d'examen au moins aussi étendu – a prononcée après avoir donné à la partie lésée la possibilité d'exercer effectivement son droit d'être entendue (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_21/2024 du 24 juin 2024 consid. 3.2.2 ; 9C_776/2020 du 7 juillet 2020 consid. 2.2). Par ailleurs, le droit d'être entendu n'est pas une fin en soi. Il constitue un moyen d'éviter qu'une procédure judiciaire débouche sur un jugement vicié en raison de la violation du droit des parties de participer à la procédure, notamment à l'administration des preuves. Lorsqu'on ne voit pas quelle influence la violation du droit d'être entendu a pu avoir sur la procédure, il n'y a pas lieu d'annuler la décision attaquée (ATF 147 III 586 consid. 5.2.1 ; 143 IV 380 consid. 1.4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2023 du 10 avril 2024 consid. 6.3).

4.

4.1 En l'occurrence, dans sa réponse, l'intimée répond au grief du recourant selon lequel elle ne lui a pas transmis, avec la décision sur opposition, l'« appréciation médicale » du 20 septembre 2023 de son médecin-conseil O_____, faisant valoir qu'elle en a résumé les éléments essentiels dans ladite décision sur opposition et que l'intéressé n'a pas demandé, à réception de celle-ci, ce rapport du Dr O_____.

Quoi qu'il en soit, même à admettre qu'il y aurait eu de la part de la caisse une violation du droit d'être entendu sur ce point – ce qui peut demeurer indécis –, une telle violation, qui ne serait ici pas particulièrement grave, aurait été réparée dans le cadre de la présente procédure de recours, puisque l'assuré a eu la possibilité de

consulter ladite « appréciation médicale » du médecin-conseil et de s'exprimer en toute connaissance de cause sur l'ensemble du dossier.

4.2 Par ailleurs, dans sa réplique, le recourant reproche à l'intimée d'avoir « reproduit 56 pièces dans une langue allemande formellement interdite, ce qui constitue un manquement grave aux règles établies ».

En vertu de l'art. 33a de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) – invoqué par l'intéressé et applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA –, la procédure est conduite dans l'une des quatre langues officielles ; en règle générale, il s'agit de la langue dans laquelle les parties ont déposé ou déposeraient leurs conclusions (al. 1). Dans la procédure de recours, la langue est celle de la décision attaquée. Si les parties utilisent une autre langue officielle, celle-ci peut être adoptée (al. 2). Lorsqu'une partie produit des pièces qui ne sont pas rédigées dans une langue officielle, l'autorité peut, avec l'accord des autres parties, renoncer à en exiger la traduction (al. 3). Si nécessaire, l'autorité ordonne une traduction (al. 4).

Dans le cas présent, des courriels envoyés par la SUVA à l'employeur, qui a son siège suisse en Suisse alémanique, sont rédigés en allemand, de même que les notices des entretiens téléphoniques entre l'intéressé et la caisse, mais pas les écrits adressés à celui-ci.

On peut certes regretter que la caisse ait reproduit en allemand, dans les notices d'entretien, ces échanges téléphoniques tenus en français, langue maternelle et langue du canton de domicile de l'assuré. Toutefois, le contenu de ces notices d'entretien ne saurait, dans les présentes circonstances, être déterminant d'une quelconque façon, les éléments décisifs étant les avis exprimés par les médecins eux-mêmes.

Ainsi, même à admettre qu'il y aurait eu de la part de la caisse une violation du droit d'être entendu du fait qu'une partie du dossier n'est pas rédigé dans la langue maternelle et langue du canton de domicile de l'assuré – ce qui peut demeurer indécis –, un renvoi de la cause à l'intimée apparaîtrait comme une vaine formalité et serait contraire au principe de l'économie de la procédure. Le recourant ne prétend en outre pas dans ses écritures qu'il aurait été empêché de faire valoir l'entier de ses arguments devant une autorité – la chambre de céans – jouissant d'un plein pouvoir d'examen, de sorte qu'une annulation de la décision sur opposition querellée pour le motif linguistique susmentionné ne se justifierait en tout état de cause pas (cf. dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2020 précité consid. 2.3).

4.3 Pour le reste, comme indiqué par la SUVA dans sa réponse au recours, c'est manifestement par erreur qu'elle a écrit dans sa décision sur opposition litigieuse que le Dr N_____ a établi l'« appréciation médicale » du 20 septembre 2023, alors que c'est le Dr O_____ qui l'a fait.

Cette inadvertance ne porte aucunement à conséquence ici.

4.4 Enfin, on ne saurait interpréter le fait qu'au premier semestre 2023, la SUVA a interrompu la prise en charge des séances de physiothérapie et fixé des indemnités journalières à un montant insuffisant selon l'assuré comme une volonté de nuire à celui-ci, ce d'autant moins qu'elle lui a ensuite donné droit concernant ces points. La décision négative du 6 juillet 2023 ne saurait d'une quelconque manière être considérée comme une mesure de rétorsion contre l'intéressé.

- 5.** Pour ce qui est tout d'abord de l'examen de la continuation d'un lien de causalité entre l'accident en cause et les troubles somatiques – ou physiques – de l'intéressé après le 31 juillet 2023, il convient de rappeler les principes de droit qui suivent.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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).

En vertu de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10 LAA).

5.2 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. 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 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (ATF 146 V 51 consid. 5.1, 8.5 et 9.1).

La systématique de la loi (art. 6 al. 1 et 2 LAA) suggère que l'al. 1 (accident) et l'al. 2 (lésion assimilée selon la liste) sont indépendants l'un de l'autre et que l'état

de fait doit en principe être examiné séparément pour chacun de ces alinéas (ATF 146 V 51 consid. 8.5).

En l'occurrence, même si un ou des diagnostics établis pourraient éventuellement correspondre à une déchirure du ménisque au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, mais dès lors que l'intimée a admis – à juste titre – que l'évènement du 20 janvier 2023 était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, la cause doit être examinée exclusivement, comme l'a fait l'intimée, sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA (cf. notamment arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5) et donc pas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA.

5.3 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5.3.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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 droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5.3.2 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 (art. 36 al. 1 LAA). Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes

étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

5.4 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément

utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

5.4.1 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

5.4.2 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).

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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ;

135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

5.5 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

5.6 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).

6.

6.1 En l'espèce, les faits pertinents au plan somatique se sont déroulés de la manière suivante.

6.1.1 Le 20 janvier 2023, en descendant du camion de l'employeur, le recourant, agent de courrier, a glissé sur une plaque de verglas, cette chute touchant le côté droit de la tête, le coude et les genoux.

6.1.2 Dans le cadre de la procédure diligentée par la caisse, le 24 janvier 2023, le service des urgences des HUG, sous la signature des docteurs R_____, médecin chef de clinique, et S_____, stagiaire médecin, a établi un rapport à la suite de la consultation du 20 janvier 2023, le « motif d'admission » étant « traumatisme crânien + perte de connaissance / amnésie circonstancielle ». À teneur de ce rapport, sous « anamnèse », le patient « décrit immédiatement des douleurs au niveau du pouce gauche, face médiale du genou droit et mandibulaire parasymphysaire droite. Dans un deuxième temps, apparition de céphalées occipitales droite irradiant dans le cou et épaule droite ainsi que des douleurs à la mobilisation du coude droit ». Sous « antécédents personnels pertinents » sont

notés une « plastie du [LCA] à droite » et une « entorse du pied droit (atteinte du Chopard [recte : Chopart]) (30.12.2020) ». L'examen physique constate que l'état général est conservé et indique, sous « ostéo-articulaire : - Mobilisation de la nuque souple et indolore. - Palpation cervicale douloureuse. - Palpation mandibulaire parasymphysaire droite douloureuse. - Palpation scapulaire droite douloureuse, mobilité de l'épaule conservée. - Douleur à l'extension du coude droit avec limitation de l'amplitude, palpation indolore. - Douleur à la palpation de la face médiale du genou droit sans déformation ni hématome, mobilité et amplitudes conservées. - Douleur à la palpation et mobilisation du pouce gauche sans déficit d'amplitude » ; au plan « neurologique » est mentionnée entre autres une « boiterie à la marche ». Les médecins précités relèvent une absence de fractures selon les radiographie de la colonne cervicale, du genou droit et du pouce gauche, et attestent, après le retour à la maison avec une antalgie en réserve, une incapacité totale de travail jusqu'au 27 janvier 2023.

Le 27 janvier 2023, jour d'une consultation, le Dr E_____ a émis un certificat d'incapacité de travail à 100% du même jour au 3 février 2023, avec référence à la loi fédérale sur l'assurance-accidents. Il a par la suite attesté une telle incapacité de travail jusqu'au 31 août 2023. En parallèle, les 3 février et 10 mars 2023, ledit chirurgien orthopédiste traitant a prescrit des séances de physiothérapie, sur la base du diagnostic de « déchirure corne postérieure du ménisque interne du genou [droit] sur ancienne ligamentoplastie LCA » et avec des buts analgésique/anti-inflammatoire, d'amélioration des fonctions articulaire et musculaire ainsi que de « proprioception/coordination ».

Le docteur T_____, radiologue FMH auprès de la Clinique Générale Beaulieu, a établi un rapport le 31 janvier 2023 à la suite d'une IRM du genou droit réalisée le même jour. Ce spécialiste note, sous « indication » : « Entorse du genou droit. Suspicion de lésion ménisque interne +/- LLI. Status post ancienne plastie LCA par tendon rotulien ». Sa « description » est : « - Pas de lésion osseuse post traumatique. Absence d'œdème osseux. Artéfacts métalliques au niveau du fémur distal et du tibia proximal. - Status post plastie du LCA avec aspect continu du greffon ligamentaire. - Intégrité du ligament croisé postérieur et des ligaments latéraux. - Aspect continu de l'appareil extenseur avec remaniements post opératoires au niveau du tendon rotulien. - Pas d'épanchement articulaire signification. Absence de kyste poplité. Épanchement dans la bourse du ligament collatéral interne en regard de son insertion tibiale. - Fissuration longitudinale de grade III de la corne postérieure du ménisque interne.- Pas de flap méniscal. - Pas de fissuration méniscale externe. - Chondropathie focale de grade III de la facette interne de la patella et de la gorge de la trochlée ». Le radiologue conclut à : « - Fissuration longitudinale de grade III de la corne postérieure du ménisque interne sans fragment méniscal luxé. - Pas de lésion post-traumatique du LLI (NDR : ligament latéral interne). - Status post plastie du LCA sans complication. - Chondropathie focale de grade III de la gorge de la trochlée et de la facette

interne de la patella. - Épanchement dans la bourse du ligament collatéral interne en regard de son insertion tibiale pouvant évoquer une bursite ».

Dans un rapport émis le 10 février 2023 à la suite d'« US infiltration genou [droit] » du 7 février précédent, le Dr T_____ note, sous « indication » : « Déchirure corne postérieure du ménisque interne droit. Bon pour infiltration de lésion sous US », et, après la « description de l'infiltration », il conclut à une « infiltration péri-méniscale interne du genou droit sans complication ».

La docteure U_____, radiologue FMH auprès de la même clinique que le Dr T_____, a rédigé le 10 février 2023 des rapports à la suite d'une IRM cérébrale et d'une IRM du rachis cervical effectuées toutes deux le 7 février 2023. Dans le premier, elle conclut à une « IRM cérébrale dans les limites de la norme. En particulier pas de saignement intra ou extra-axial mis en évidence ». Dans le second, elle conclut à une « IRM cervical mettant en évidence une discrète scoliose cervicale à convexité gauche (compte tenu de la position couchée) », à une « discrète discopathie C5-C6 [...] », ainsi qu'à « pas de fracture mise en évidence ».

Le service de radiologie des HUG, sous la signature des docteurs V_____, médecin adjointe agrégée et radiologue FMH, et W_____, médecin interne, a établi le 14 avril 2023 ses rapports faisant suite aux radiographies de la colonne cervicale, du genou droit et du pouce gauche réalisées le 20 avril 2020. Concernant la colonne vertébrale, il observe : « - Bon alignement des corps vertébraux. - Pas de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible. - Absence de diastasis C1-C2. - Tissus mous sans particularité ». S'agissant du doigt : « - Pas de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible. - Rhizarthrose de stade II selon la classification de DELL ». Pour ce qui est du genou droit : « - Pas de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible. - Status post-plastie du LCA à droite avec 2 ancrages fémoral et tibial, sans signes de complications ».

Le 21 mai 2023, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et nouveau médecin généraliste traitant, a prescrit des séances de physiothérapie, sur la base du diagnostic de « douleurs cervicales post-traumatiques » et avec des buts d'amélioration des fonctions articulaire et musculaire.

Dans son courrier du 23 mai 2023, le Dr E_____ a écrit notamment ce qui suit à la SUVA afin que celle-ci reprenne la prise en charge des séances de physiothérapie : « Je me permets de vous contacter au sujet de [l'assuré], patient que je suis à ma consultation depuis décembre 2020 pour des séquelles d'une entorse du Chopart de son pied droit et depuis janvier 2023 pour les suites d'un 2^{ème} accident avec une entorse de son genou droit et une douleur du compartiment fémoro tibial interne. [À la ligne] Cette douleur a jusqu'à présent attribuée à une lésion méniscale interne d'allure stable mécaniquement. Elle a jusqu'à présent été

traitée avec des séances de physiothérapie et une infiltration péri méniscale qui semble avoir péjoré plutôt qu'amélioré le problème. [À la ligne] Cliniquement en ce moment le genou ne présente pas de symptôme mécanique lié au ménisque interne. Il n'y a aucun blocage et pas de douleur à la flexion profonde, en revanche il y a une inflammation importante de l'interligne articulaire probablement d'origine inflammatoire post-traumatique. [À la ligne] En ce moment la seule chose qui soulage les douleurs sont les séances de physiothérapie ».

Dans une « appréciation brève » du 7 juin 2023 du médecin-conseil de la SUVA, le docteur N_____, médecin d'assurance de celle-ci et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la question de savoir si la santé de l'assurée au niveau de la région corporelle concernée est, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de manière latente ou manifeste, il est répondu : « Oui », à savoir : « pour genou [droit] plastie [ligament croisé antérieur (ci-après : LCA)], pour les autres atteintes (TC [NDR : traumatisme crânien], contusions multiples pas connues) ». À la question « Est-ce que l'accident a, au degré de la vraisemblance prépondérante, causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées ? », est répondu : « Non contusion multiple et TC ». Selon le Dr N_____, « du fait de l'atteinte multiple, malgré l'absence de lésion objectivable, l'événement aura fini de déployer ses effets à 6 mois au maximum en tenant compte d'un traitement selon les règles de l'art ».

Du « rapport médical intermédiaire » à l'intention de la SUVA complété le 22 juin 2023 par le Dr E_____, de même que du « rapport de consultation » du 20 juin 2023 de celui-ci, qui concerne le « contrôle 5 mois post entorse du genou droit avec une lésion de la corne postérieure du ménisque interne sur un ancien status post ligamentoplastie du LCA », ressort que l'évolution est toujours stagnante, que le patient est très déçu que les séances de physiothérapie ne soient plus prises en charge car c'était la seule chose qui le soulageait, que la douleur n'a présenté aucun changement ces deux derniers mois et que le pronostic est défavorable. Selon le « rapport médical intermédiaire », peuvent influencer de manière défavorable le processus de guérison : « S/P (NDR : *status post*, en français état après) ligamentoplastie du même genou, PTSD (NDR : syndrome de stress post-traumatique) (diagnostic posé par psychiatre traitant) ». La durée probable du traitement serait d'encore six mois. On doit s'attendre à un dommage qui demeurerait, sous la forme de « probables douleurs chroniques genou [droit] ». À teneur du « rapport de consultation », sous « status » : « Il n'y a aucun épanchement. Douleur à la palpation de l'interligne direct. La flexion est limitée par une douleur très importante à la flexion au-delà de 100°. Le Mc Murray est très difficile à estimer à cause de l'appréhension du patient. Il n'y a aucune instabilité ligamentaire » ; en « conclusions » : « [...] Du point de vue orthopédique, et cela est purement mon avis, vu qu'il s'agit d'une lésion méniscale sur une ancienne ligamentoplastie du LCA déjà opérée, je crains que

les résultats d'une éventuelle méniscectomie soient plutôt défavorables. [À la ligne] Jusqu'à présent chaque geste tel qu'une infiltration locale a eu le résultat inverse de celui que l'on espérait et la douleur semble toujours être disproportionnée par rapport à celle que l'on s'attend selon la problématique. [À la ligne] Je serais plutôt favorable à une proposition d'expertise par un autre collègue mais pour l'instant je suis assez convaincu qu'une intervention chirurgicale n'améliorerait pas le résultat définitif, plutôt l'inverse. [À la ligne] Son arrêt de travail a été prolongé à 100% jusqu'au 31.08.2023, date de son prochain contrôle ».

Dans sa nouvelle « appréciation brève » du 4 juillet 2023, le Dr N_____ confirme ses réponses du 7 juin 2023 et ajoute à la fin : « En ce qui concerne le genou [droit], l'atteinte et les douleurs résiduelles sont vraisemblablement en lien avec la pathologie préexistante ».

En réaction à la décision du 6 juillet 2023 de la SUVA de mettre fin aux prestations d'assurance-accidents avec effet au 31 juillet 2023, le Dr E_____ a écrit le 13 juillet 2023 ce qui suit à la caisse : « Pour rappel [l'assuré] aurait refait une entorse de son genou droit le 20.01.2023 en sortant de son camion de livraison où il aurait glissé sur une plaque de verglas. Les douleurs importantes ont justifié une IRM qui a mis en évidence une fissuration longitudinale de grade III de la corne postérieure du ménisque interne sans fragment instable et une absence de lésion ligamentaire. Il s'agit d'un genou qui a été opéré 5-6 ans plus tôt d'une plastie du [LCA] en France avec un très bon résultat clinique. L'IRM a confirmé l'absence de lésion sur le [LCA]. Elle avait également mis en évidence une inflammation à l'insertion tibiale du ligament collatéral interne. [À la ligne] À ce but et pour soulager la douleur importante, j'ai proposé une infiltration péri méniscale et de l'insertion du ligament latéral interne, qui a plutôt péjoré la situation. [À la ligne] Depuis son accident [l'intéressé] est traité par la physiothérapie avec pour l'instant une évolution défavorable et des douleurs persistantes. Il s'agit d'un genou qui n'avait aucune douleur avant ce dernier accident selon le patient. [À la ligne] À mon avis, la douleur due à cette lésion méniscale ne devrait pas s'améliorer avec un traitement arthroscopique vue la nature mécaniquement non instable de la fissuration. Je suis tout à fait ouvert à un 2^{ème} avis ou une expertise non seulement pour déterminer les liens de causalité de ces douleurs (nouvelle lésion méniscale VS lésion séquellaire de son ancien accident) mais aussi pour un deuxième avis sur le traitement de cette lésion méniscale ».

Le 20 septembre 2023, un autre médecin-conseil de la SUVA, le Dr O_____, médecin d'assurance de celle-ci et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a émis une « appréciation médicale ». Selon lui, le diagnostic est une contusion du genou. L'assuré a présenté, à la suite d'une chute en dérapant sur le verglas en descendant d'un camion, une série de contusions multiples avec un traumatisme crânien sans gravité, avec perte de

connaissance initiale, mais un Glasgow à 15 qui n'a plus fait parler de lui au-delà. Aucune atteinte d'origine traumatique n'a été mise en évidence sur le plan ostéo-articulaire au niveau des autres articulations décrites. Concernant le genou, a été mis en évidence une fissuration longitudinale de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, sans fragment méniscal luxé, et l'intéressé a des antécédents de chirurgie ligamentaire au croisé antérieur, opéré, qui n'est pas un événement déclaré préalablement à la caisse. De l'avis du Dr O_____, « ces fissurations longitudinales sont classiques des états dégénératifs progressifs du genou et ce d'autant que l'assuré a un antécédent de ligamentoplastie qui, même si elle est parfaitement réalisée et parfaitement isométrique ce qui est exceptionnellement le cas, entraîne par troubles cinématiques cumulés dans le temps des dégradations par mécanisme de lamination du ménisque. [À la ligne] Ceci est un mécanisme habituel et cette lésion n'est pas instable, contrairement à ce qui aurait pu se produire dans un mécanisme violent clivant le ménisque en le déchirant avec création de languettes instables avec cette fois-ci un clivage non horizontal mais vertical, en libérant une partie mobile du ménisque, qui selon les cas va jusqu'à ce qu'on appelle une anse de sceau complète s'interposant ou dans les cas les plus minimes des douleurs sur instabilité. [À la ligne] Ici, nous ne rencontrons pas ce type d'atteinte, les fentes sont intra méniscales non ouvertes sur l'articulation ». Le médecin-conseil considère que, dans ces circonstances notamment, la vraisemblance prépondérante va à des atteintes chroniques, de constitution progressive. Il n'y a pas non plus d'atteinte ligamentaire interne, celle-ci étant infirmée par l'IRM. Il n'y a donc pas de raison objective pour une poursuite de prise en charge dans le cadre de l'événement assuré, comme déjà indiqué à l'intéressé, au-delà du 31 juillet 2023, ce qui représente plus de cinq mois de suivi, est long et tient compte des antécédents. Par ailleurs, il n'y a eu aucune aggravation objective de l'atteinte méniscale, ni de nouvelle atteinte sur la plastie antérieure réalisée précédemment.

6.1.3 Dans le cadre de son acte de recours à la suite de la décision sur opposition rendue le 12 octobre 2023, il ressort notamment ce qui suit des allégations et des pièces présentées par l'assuré.

Son médecin traitant le Dr M_____, en particulier dans les ordonnances des 13 février et 22 mars 2023, lui a notamment prescrit du Sirdalud 6 mg pour le traitement des tensions musculaires douloureuses, les analgésiques/anti-inflammatoires/antirhumatismaux Vimovo 500 mg et Pennsaid 112 g, ainsi que du Dafalgan 1 mg contre les douleurs.

Le 12 décembre 2019, une assurance-maladie suisse l'avait admis à son assurance complémentaire mais avec des réserves pour « status après déchirure des ligaments croisés du genou droit, suites et séquelles » ainsi que « gonalgies droites, causes et conséquences » (p. 11).

En août 2023, il a consulté le Centre hospitalier Alpes Léman en France voisine pour soulager ses douleurs au genou, en raison d'un blocage ressenti

progressivement, et la docteure X_____, médecin généraliste auprès de la consultation douleur, a, en raison d'un « accident du travail », prescrit le 31 août 2023 l'emplâtre médicamenteux Versatis ainsi que du Doliprane (paracétamol) 1000 mg.

Dans ce contexte, dans un rapport du 16 octobre 2023 faisant suite à une IRM du genou droit, le docteur Y_____, radiologue en France voisine, constate, sous « résultat » : « - L'examen est artéfacté du fait de la présence de matériel chirurgical. – La plastie du LCA apparaît en grande partie continue (possible rupture de quelques fibres antérieures). – Intégrité du ligament croisé postérieur et des ligaments latéraux. – Fissure oblique de la corne postérieure du ménisque interne, s'ouvrant à sa face inférieure. – Fissure verticale assez périphérique de la corne postérieure du ménisque externe évoquant une séquelle traumatique. – Pas d'épanchement articulaire ou de kyste poplité. – Pas de franche lésion ostéochondrale ». Il conclut à « - Pas d'atteinte osseuse ou ligamentaire traumatique significative retenue. - Fissures des cornes postérieures méniscales » (p. 16 et 18).

La Dre X_____ a, par ordonnance du 26 janvier 2024, prescrit au recourant les mêmes médicaments que le 31 août 2023 avec en plus du Voltaren, et elle lui a « rendez-vous de consultation de douleur chronique » pour le 2 avril 2024.

Par ailleurs, un rapport du 31 janvier 2024 établi par le docteur Z_____, radiologue auprès du même centre d'imagerie médicale que le Dr Y_____, à la suite d'une IRM du genou droit, constate, sous « résultat » : « - On retrouve une fissure verticale périphérique de la corne postérieure du ménisque externe sans changement. Fissure complexe de la corne postérieure du ménisque interne avec un fragment méniscal luxé dans le récessus para tibiale. – Petit œdème du plateau tibial en regard de la lésion méniscale. Petit épanchement intra-articulaire. – Petite chondropathie patellaire interne. – Pas d'anomalie tendineuse ».

Par « lettre complémentaire » spontanée du 15 avril 2024, l'assuré fait état d'une péjoration considérable de son état de santé. En effet, un rapport du 15 avril 2024 du Dr Q_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie auprès d'un hôpital privé en France voisine, constate la présence « une volumineuse languette méniscale du genou droit en interne suite à une chute dans un escalator aggravée par une seconde sur verglas », rendant nécessaire une arthroscopie pour la soulager, prévue en ambulatoire le 6 septembre 2024.

6.2 Au regard de ce qui précède, les souffrances rapportées immédiatement après l'accident du 20 janvier 2023, à savoir le traumatisme crânien (tête) ainsi que – à la palpation à tout le moins – la douleur cervicale (nuque), la douleur à l'épaule droite, la douleur au coude droit et la douleur au pouce gauche, n'apparaissent pas avoir eu des suites au-delà de quelques semaines (avant le 31 juillet 2023) après la prescription le 21 mai 2023 par le Dr M_____ de

séances de physiothérapie sur la base du diagnostic de « douleurs cervicales post-traumatiques ».

Le présent litige concerne dès lors, au plan somatique, uniquement les atteintes au genou droit, dont il est fait état par certains médecins au-delà du 31 juillet 2023.

6.3 Les appréciations et conclusions des médecins-conseils de l'intimée N_____ et – surtout – O_____ reposent sur des constatations et arguments motivés.

Le fait que lesdits médecins-conseils de l'intimée n'aient pas examiné personnellement l'assuré ne saurait diminuer la valeur probante de leurs rapports, dans la mesure où ils disposaient d'un dossier médical et radiologique complet – à l'époque où ils ont été établis – et qu'il s'agissait uniquement d'apprécier le rapport de causalité naturelle entre les atteintes au genou droit et l'accident du 20 janvier 2023 (cf. dans ce sens, arrêts du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.2 ; 8C_265/2019 du 3 septembre 2019 consid. 6.2 et la référence).

Il convient donc d'examiner ci-après s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des appréciations et conclusions des Drs N_____ et O_____.

6.4 Il ressort des examens, cliniques et radiologiques effectués peu de temps après l'accident, qu'il n'y a, en résumé, « pas de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aiguë visible » (cf. notamment rapport du service de radiologie des HUG du 14 avril 2023).

Aux plans des constatations et des diagnostics, les médecins ayant traité l'intéressé jusqu'en juillet 2023 relèvent une influence négative persistante, sur le genou droit, du « status post-plastie du LCA à droite avec 2 ancrages fémoral et tibial, sans signes de complications » (cf. rapports du Dr T_____ du 31 janvier 2023, du service de radiologie des HUG du 14 avril 2023 et du Dr E_____ du 22 juin 2023), préexistant à l'événement accidentel en cause.

Cet événement a donc pu aggraver ou faire ressurgir les effets, à tout le moins pendant un certain temps, de ce status après la plastie du LCA réalisée en France entre cinq et six ans auparavant, de même que d'éventuelles autres atteintes préexistantes.

À cet égard, le Dr E_____ évoque un premier accident et le Dr Q_____ une première chute, survenue « dans un escalator », tandis que le recourant a lui-même allégué des antécédents médicaux consistant en un premier incident survenu le 30 décembre 2020 et un deuxième le 15 novembre 2022.

Or les conséquences de tels événements antérieurs au 20 janvier 2023 n'ont en tout état de cause pas fait l'objet d'une reconnaissance d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-accidents et ne peuvent justifier un quelconque droit dans le cadre de la présente procédure, dont le seul objet consiste en les suites de l'événement accidentel du 20 janvier 2023. Il est du reste rappelé que la prise en

charge des suites d'un éventuel accident présuppose une déclaration d'accident de la part de la personne assurée ou de son employeur (cf. art. 45 et 46 LAA ainsi que 53 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202).

6.5 Il sied par ailleurs de relever ce qui suit quant à la nature et à l'évolution des atteintes au genou droit du recourant.

6.5.1 Dans les semaines, voire mois, qui suivent l'événement accidentel du 20 janvier 2023, la problématique semble se concentrer sur le ménisque interne, puisque le radiologue T_____ décrit le 31 janvier 2023 une absence de fissuration méniscale externe.

6.5.2 Apparaît en revanche au premier plan, dès après l'accident en cause et jusque dans les derniers rapports d'IRM (Drs Y_____ et Z_____) la fissuration longitudinale de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, retenue de manière unanime par les médecins.

Comme l'expose de manière motivée le médecin-conseil O_____, une telle fissure horizontale au sein du ménisque chez un patient de plus de 35 ans peut tout à fait être d'origine non traumatique mais dégénérative (cf. docteurs Julien BILLIÈRES/Hermès MIOZZARI/Anne LÜBBEKE/Didier HANNOUCHE, Faut-il opérer les lésions dégénératives du ménisque ?, in RevMed Suisse 2017, p. 2173 ss, spéc. 2174-2175, accessible sur internet sur https://www.revmed.ch/view/431463/3716811/RMS_587_2173.pdf ; Jacques MALGHEM/Bruno VANDE BERG/Baudouin MALDAGUE/Frédéric LECOUVET, in RevMed Suisse 2003, accessible sur internet sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2003/revue-medicale-suisse-2444/le-genou-degeneratif-du-menisque-a-l-os-sous-chondral>).

À tout le moins jusqu'en juillet 2023, aucun médecin ayant traité le cas de l'intéressé n'indique clairement que cette fissuration longitudinale de grade III de la corne postérieure du ménisque interne pourrait être d'origine traumatique.

Néanmoins, dans son rapport du 10 février 2023 à la suite d'« US (NDR : ultrasons) infiltration genou [droit] » du 7 février précédent, le Dr T_____ note notamment, sous « indication » : « Déchirure corne postérieure du ménisque interne droit ». Or ce terme « déchirure » semble « réservé à la définition de la survenue d'une rupture aiguë de la continuité au sein d'un tissu à la suite d'un choc soudain et violent » et désigner « non seulement le résultat, mais 'également et surtout un processus violent provoquant une rupture soudaine de la continuité au sein d'un tissu » (cf. Hannjörg KOCH, de la SUVA, Les ménisques de l'articulation du genou et leur prise en compte par la médecine des assurances, accessible sur internet sur <https://www.suva.ch/fr-ch/accident/pour-les-fournisseurs-de-prestations/suva-medical/publications/2022/juin/menisques-de-l-articulation-genou-medecine-assurances#state=%5Banchor-61E6CE04-8F44-404F-9CCE-886686D50C11%5D>). Cependant, selon le Tribunal fédéral, ce terme

« déchirure » (« Riss » en allemand), beaucoup employé dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, ne permet pas de conclure d'emblée à une cause traumatique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_382/2020 du 3 décembre 2020 consid. 6.2).

6.5.3 Par ailleurs, le Dr E_____, médecin-chirurgien traitant jusqu'en juillet 2023, mentionne le 23 mai 2023 « une inflammation importante de l'interligne articulaire probablement d'origine inflammatoire post-traumatique », peut-être au niveau du ménisque.

6.5.4 De surcroît, des médecins consultés – en France voisine – par l'assuré à partir d'août 2023 font, expressément, état d'un rapport de causalité entre l'accident en cause et les douleurs persistantes au genou droit. En effet, la médecin généraliste X_____ parle d'un « accident de travail ». Surtout, la radiologue Y_____ constate une « fissure verticale assez périphérique de la corne postérieure du ménisque externe évoquant une séquelle traumatique » et le chirurgien orthopédiste Q_____ « une volumineuse languette méniscale du genou droit en interne suite à une chute dans un escalator aggravée par une seconde sur verglas ».

Ainsi, d'une part, après l'« appréciation médicale » du 20 septembre 2023, est constatée par les radiologues Y_____ et aussi Z_____ une atteinte au ménisque externe. Sa nature périphérique pourrait éventuellement expliquer qu'initialement, le radiologue T_____ n'ait pas vu une fissuration méniscale externe, à moins que celle-ci soit apparue plus tardivement, par exemple pendant l'été 2023.

D'autre part, le Dr Q_____ lie, en causalité, la volumineuse languette méniscale du genou droit en interne notamment à l'accident du 20 janvier 2023, étant en outre précisé que son « compte-rendu opératoire » du 6 septembre 2024 fait état, concernant le « ménisque interne », d'une « volumineuse languette instable régularisée au shaver et coblation en conservant le mur méniscal ».

En l'état, le rapport de causalité indiqués par les Drs Y_____ et Q_____ n'est pas contredit de manière déterminante par d'autres éléments du dossier.

6.6 En définitive, il existe un doute sur la fiabilité et la validité des appréciations et conclusions des médecins-conseils N_____ et O_____, lesquels se réfèrent du reste en partie à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique (cf. jurisprudence), sans éléments probants suffisamment concrets et précis pour résister audit doute.

En d'autres termes, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 janvier 2023 et les atteintes au genou droit, en particulier au niveau des ménisques interne et externe, ne peut en l'état pas être exclue.

6.7 Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En l'occurrence, l'intimée ayant laissé les questions de la portée des diagnostics, de la causalité ainsi que de l'évolution

médicale très peu instruite, la cause lui sera renvoyée pour instruction complémentaire approfondie de la situation médicale du recourant concernant les points pertinents, à tout le moins la question d'une continuation ou non d'un lien de causalité au-delà du 31 juillet 2023, puis nouvelle décision.

Cette instruction complémentaire prendra en compte la question de savoir si l'assuré aurait éventuellement subi un accident au sens de l'art. 6 al. 3 LAA lors de l'infiltration péri-méniscale réalisée en février 2023 par le Dr T_____, ainsi que l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue, et elle comprendra à tout le moins une expertise au plan orthopédique.

7. Concernant ensuite l'examen d'un rapport de causalité entre l'accident en cause et les troubles psychiques – du recourant, il convient de rappeler les principes de droit qui suivent.

7.1 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

Par conséquent, si le juge des assurances sociales – saisi d'un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte –, parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien de causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5).

7.2 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (cf. ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

7.2.1 Selon la jurisprudence, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels

accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (ATF 115 V 403 consid. 5a).

7.2.2 Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5b).

7.2.3 Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne (*stricto sensu*), il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans le cas des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, pour que le caractère adéquat de l'atteinte psychique puisse être retenu, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5 et la référence).

7.3 Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (cf. ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références).

8.

8.1 Dans le cas présent, au plan psychique, le recourant allègue qu'à la suite de l'accident du 20 janvier 2023, il a rencontré des complications, notamment des troubles du sommeil et de l'angoisse, dès sa consultation initiale avec son médecin généraliste traitant le Dr M_____, qui lui a prescrit le 2 février 2023 des médicaments à base de plantes pour soulager son anxiété avec le Relaxane et ses troubles de l'humeur et du sommeil avec le Rebalance 250 mg ainsi que le 22 mars 2023 l'antidépresseur Cymbalta 30 mg -. D'après l'assuré, sa situation psychique a commencé à se détériorer à partir de février 2023 (acte de recours, p. 10).

La Dre L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lui a quant à elle prescrit, entre avril et mai 2023, du Zolpidem contre les troubles du sommeil,

de l'Atarax 25 mg et du Temesta 1 mg contre l'anxiété ainsi que de l'Escitalopram 20 mg contre la dépression, et a continué à le suivre au plan psychique jusqu'en septembre 2023. Toutefois, selon les allégations du recourant, en raison des coûts des honoraires médicaux, il a dû s'adresser à un psychiatre en France (acte de recours, p. 16 et 17). En outre, dans un « rapport médical intermédiaire » à l'intention de la SUVA complété le 16 mai 2023, ladite psychiatre traitante pose les diagnostics d'« état de stress post-traumatique » (F43.1 selon la CIM-10) et de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0), faisant état d'un pronostic défavorable, mentionnant les médicaments prescrits et proposant une thérapie EDMR (NDR : avec les mouvements des yeux) dès que possible. Par certificat du 18 juillet 2023, la Dre L_____ atteste une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} juillet 2023 et pour une durée indéterminée pour cause d'accident. Le même jour, elle fait état d'un suivi de l'intéressé en sa consultation à partir du 28 mars 2023 pour un état de stress post-traumatique et du caractère judicieux « dans le cas de son accident » de la thérapie cognitivo-comportementale commencée depuis lors à son cabinet, et recommande fortement « qu'il continue son suivi le temps nécessaire, afin d'assurer son rétablissement », « un arrêt brutal de sa thérapie [pouvant] engendrer des conséquences à court et long terme, dans son état de santé psychique ».

Le Dr P_____, nouveau psychiatre traitant (en France voisine), a, les 3 octobre et 12 décembre 2023 ainsi que 15 février 2024, sous « prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (affection exonérante) », prescrit entre autres l'antipsychotique Loxapine 25 mg et 100 mg, le neuroleptique Olanzapine 10 mg, l'anxiolytique Alprazolam (équivalent du Xanax) 0,5 mg et l'antidépresseur Clompipramine chlorhydrate (Anafranil) 75 mg (ordonnances produites après le prononcé de la décision sur opposition attaquée). En parallèle, le 4 (recte : 3) octobre 2023, ce nouveau psychiatre traitant atteste suivre l'intéressé pour une prise en charge psychothérapeutique et indique que l'état psychologique de celui-ci ne lui permet pas d'occuper un emploi car il est temporairement inapte à toutes fonctions.

8.2 Dans la pratique développée par la jurisprudence, les chutes d'une hauteur comprise entre deux et quatre mètres dans le vide sont encore qualifiées d'accidents de gravité moyenne au sens strict, la hauteur de la chute se mesurant à la distance entre les pieds de la personne assurée ou la surface qui la supporte et le sol sur lequel elle tombe. Est en revanche qualifiée d'accident grave la chute d'une échelle d'une hauteur de quatre à cinq mètres sur le trottoir (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2022 du 28 février 2023 consid. 6.2.3, et les arrêts cités).

L'intéressé étant tombé le 20 janvier 2023 depuis seulement une position les pieds à hauteur du sol mais sur du verglas et avec, à la réception au sol, un choc relativement important sur plusieurs parties du corps, dont la tête, c'est de manière conforme au droit que la caisse ne classe pas l'événement du 20 janvier 2023 dans

la catégorie des accidents graves, mais plutôt dans celle des accidents de gravité moyenne.

8.3 En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen des critères énoncés par le Tribunal fédéral – à tout le moins en cas d'accident de gravité moyenne – doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte. Le Tribunal fédéral a en outre rappelé que l'examen de la causalité adéquate à la lumière de la pratique de l'ATF 115 V 133 et 403 doit se faire au moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. Cela signifie également que l'assureur-accidents doit être au clair s'agissant des troubles somatiques. Ces principes valaient en particulier pour l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident, notamment lorsque le critère de la durée et du degré de l'incapacité de travail pour les troubles physiques doit être examiné, ce qui suppose que l'assureur-accidents se fonde sur une documentation médicale probante et complète pour les atteintes accidentelles somatiques (arrêts du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références ; 8C_210/2018 du 17 juillet 2018 consid. 3.2.3.1, publié in SVR 2019 UV n° 4 p. 15).

8.4 Or, en l'espèce, au plan somatique, il n'est en l'état pas établi que le *statu quo* aurait été atteint, que ce soit le 31 juillet 2023 ou ultérieurement, ni *a fortiori*, dans l'hypothèse d'une éventuelle absence de *statu quo*, que l'état de santé de l'assuré serait stabilisé – stabilisation qui signifierait qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état (cf. art. 19 al. 1 LAA).

La réponse à ces questions dépend des résultats de l'instruction complémentaire au plan somatique concernant le genou droit aux fins de laquelle la cause est renvoyée à l'intimée par le présent arrêt (cf. plus haut). Ces résultats seront indispensables pour se prononcer sur la réalisation ou non des critères développés par la jurisprudence pour les troubles psychiques en cas d'accident de gravité moyenne (cf. jurisprudence citée plus haut), à tout le moins à partir du troisième critère.

Partant, en l'absence de clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA, l'examen de la causalité adéquate entre l'accident du 20 janvier 2023 et les troubles psychiques est prématuré.

8.5 La cause doit en conséquence, au plan psychique également, être renvoyée à l'intimée pour qu'elle tranche la question de la causalité adéquate lorsque l'état d'avancement du cas au plan somatique le permettra.

Dans le cadre de cette nouvelle instruction au plan psychique, à tout le moins en cas d'examen de la causalité naturelle, les diagnostics des troubles psychiques du recourant ainsi que l'évolution de ceux-ci devront être clarifiés, y compris concernant la question d'un éventuel état de stress post-traumatique (F43.1), diagnostic qui a été posé par la Dre L_____ mais dont on ignore jusqu'à quand il pourrait être retenu et avec quelle évolution.

9. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au plan somatique et nouvelle instruction au plan psychique, puis nouvelle décision, au sens des considérants.
10. Étant donné que le recourant obtient partiellement gain de cause mais dans la mesure où son avocat n'a pas présenté d'écriture circonstanciée au fond, une indemnité, réduite, de CHF 500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPA ; 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).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

**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 rendue le 12 octobre 2023 par l'intimée.
4. Renvoie la cause pour instruction complémentaire au plan somatique et nouvelle instruction au plan psychique, puis nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens CHF 500.-, à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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