

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3341/2022

ATAS/109/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2024

Chambre 3

En la cause

A _____

recourant

représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, a été engagé en tant que peintre en bâtiment à plein temps par une société active dans le placement de personnel le 14 juillet 2020. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
- b.** Le 21 juillet 2020, l'assuré est tombé d'une échelle, d'une hauteur d'environ 1.70 m. (cf. déclaration de sinistre du 23 juillet 2020).
- c.** Les premiers soins ont été prodigués aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Après radiographies, ont été diagnostiquées une bursite du genou pré-patellaire post-traumatique, ainsi qu'une douleur au coude gauche sur contusion simple. L'assuré a été mis en arrêt de travail dès la date de l'événement (rapport du 22 juillet 2020). Cet arrêt a été prolongé à plusieurs reprises par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, jusqu'au 30 avril 2021, puis par le docteur C_____, spécialiste dans le même domaine.
- d.** Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 15 octobre 2020 a mis en évidence une contusion osseuse résiduelle avec impaction cortico-trabéculaire au niveau de la partie antéro-médiale du condyle fémoral interne, une lésion cartilagineuse de grade IV au niveau du versant médial de la rotule, une déchirure grade II au niveau de la jonction myotendineuse distale du vaste médial avec une minime désinsertion des fibres musculaires de l'axe conjonctif avec un œdème et une infiltration diffuse sans signe de rétraction des fibres myotendineuses.
- e.** Dans un rapport du 30 octobre 2020, le Dr B_____ a posé les diagnostics d'entorse grade I du ligament latéral interne (LLI) du genou gauche et de contusion osseuse du condyle fémoral interne gauche. Le traitement consistait en la prise de Voltarène 75 et des séances de physiothérapie.
- f.** Dans un rapport du 15 janvier 2021, le Dr B_____ a ajouté le diagnostic de déchirure de la jonction myotendineuse du VI du genou gauche.
- g.** Une IRM du genou gauche du 18 janvier 2021 a révélé une atteinte cartilagineuse de grade IV au secteur médial de la patella et une discrète infiltration du secteur supéro-latéral de la graisse de Hoffa, compatible avec un syndrome de friction fémoro-patellaire.
- h.** Dans un rapport du 28 mai 2021, le Dr C_____ a indiqué qu'à la suite de la chute du 21 juillet 2020, son patient continuait à souffrir de douleurs et d'une boiterie à gauche. Au bilan radio-clinique, le médecin retenait une lésion cartilagineuse focale de grade IV de la rotule associée à un œdème osseux et une infiltration du Hoffa en supéro-externe. Il préconisait la poursuite du traitement

conservateur sous forme de physiothérapie et, en cas de persistance des douleurs, d'une éventuelle réparation par arthroscopie du genou gauche.

i. Une IRM du genou gauche du 1^{er} juillet 2021 a montré un aspect compatible avec des séquelles d'un status après une entorse au décours du ligament collatéral interne de stade II, un kyste proéminent de 2 cm dans son grand axe en arrière du ligament croisé postérieur, une fissuration profonde et une ulcération s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral du cartilage du tiers moyen de la facette rotulienne interne de la rotule s'étendant sur 5 mm, sans évidence de déchirure méniscale, une tendinopathie microfissuraire débutante du tendon rotulien proximal et un discret épanchement intra-articulaire.

j. Dans un rapport du 16 juillet 2021, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, après examen de l'assuré, a retenu les diagnostics d'entorse du ligament latéral interne de stade I et de contusion du genou au niveau du condyle interne. Le cas n'était pas stabilisé.

k. Du 31 août au 29 septembre 2021, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR).

Dans un rapport du 13 octobre 2021, les médecins ont retenu les diagnostics de bursite pré-patellaire traumatique, entorse de grade I du LLI le 22 juillet 2020, de contusion osseuse résiduelle du condyle fémorale interne, déchirure de grade II de la jonction myotendineuse distale du vaste interne, lésion cartilagineuse de grade IV du versant patellaire médial le 15 octobre 2020, d'atteinte cartilagineuse de grade IV du versant patellaire médial, infiltration de la graisse de Hoffa compatible avec un syndrome de friction fémoro-patellaire le 18 janvier 2021, et de séquelle d'entorse de stade II du LLI, plica synoviale médio-patellaire, lésion cartilagineuse profonde médio-patellaire, tendinopathie micro-fissuraire débutante du tendon rotulien proximal le 1^{er} juillet 2021. À titre de diagnostics secondaires, ils ont mentionné un épanchement intra-articulaire du genou gauche abondant avec status post entorse proximale du LLI et de l'aileron rotulien interne de stade II et une probable méniscopathie interne.

Les limitations fonctionnelles provisoires pour le membre inférieur gauche étaient les suivantes : éviter le port de charges lourdes de manière répétitive, la marche prolongée en terrain irrégulier et les positions accroupie ou à genoux. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai d'un à trois mois, à réévaluer. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de peintre en bâtiment était alors défavorable, vu les limitations fonctionnelles. À la suite de la rééducation, une reprise progressive au poste habituel pourrait être tentée. En cas d'échec, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était théoriquement favorable et une pleine capacité de travail était attendue.

l. Une IRM du genou gauche du 21 mars 2022 a montré une légère augmentation de la taille du kyste localisé en arrière du ligament croisé postérieur, sans évidence de déchirure méniscale, et un aspect superposable de la fissure du cartilage du 1/3 moyen de la rotule s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral, sans autre modification par rapport au comparatif (du 1^{er} juillet 2021).

m. Le 24 mars 2022, le Dr D_____ a réexaminé l'assuré. Dans son rapport du 26 mars 2022, il a retenu des séquelles d'entorse du ligament latéral interne de stade I et une contusion du genou (gauche). Il a invité la SUVA à verser au dossier les dernières imageries du genou réalisées et à obtenir un rapport détaillé du Dr SEITE.

n. Le 6 avril 2022, la SUVA a reçu les images du genou gauche des 1^{er} juillet 2021 et 21 mars 2022 (op. cit.).

o. Dans un rapport du 6 avril 2022, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs invalidantes du genou gauche réfractaires au traitement conservateur. Le bilan radio-clinique montrait une lésion cartilagineuse de grade IV de la rotule et un épanchement persistait. Une réparation par arthroscopie du genou gauche était prévue le 31 août 2022.

p. Dans son rapport du 9 mai 2022, le Dr D_____ a relevé que le genou gauche de l'assuré avait subi un choc avec impaction cortico-trabéculaire au niveau de la partie antéro-médiale du condyle fémoral interne et atteinte de la jonction myotendineuse distale du vaste médial, avec minime désinsertion des fibres musculaires de l'axe conjonctif, avec œdème et infiltration diffuse, sans signe de rétraction des fibres myotendineuses. L'atteinte cartilagineuse de la rotule (fémoro-patellaire) était antérieure à l'événement. La plica retrouvée sur les dernières images n'était quasiment jamais d'origine traumatique. Le *statu quo* était fixé au 9 mai 2022.

B. a. Par décision du 10 mai 2022, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au versement des prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) le 15 mai 2022, les troubles persistants au niveau du genou gauche n'étant plus en lien avec l'accident ; le *statu quo ante* était considéré comme atteint le 9 mai 2022 au plus tard.

b. Le 7 juin 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, en faisant valoir que les troubles persistants du genou gauche étaient encore en lien avec l'accident.

c. Le 8 juin 2022, l'assuré a transmis à la SUVA, notamment, un rapport du Dr C_____ du 17 mai 2022, dans lequel le médecin a répété la teneur de son courrier précédent s'agissant du bilan radio-clinique, ajoutant que l'assuré présentait une nette diminution, de l'ordre de 40°, de la flexion du genou gauche.

d. Par décision du 8 septembre 2022, la SUVA a rejeté l'opposition.

C. a. Par acte du 10 octobre 2022, complété le 31 octobre suivant, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, à

l'admission d'un lien de causalité adéquate entre les atteintes à la rotule et les troubles y afférents et l'accident du 21 juillet 2020 et à l'octroi des prestations au-delà du 15 mai 2022.

Le recourant émet des doutes quant au bien-fondé des conclusions du Dr D_____, auquel il reproche d'avoir d'abord recommandé un séjour à la CRR pour les atteintes à la rotule, avant de nier de manière rétroactive tout lien de causalité entre ces mêmes atteintes et l'accident.

Il conteste également l'évaluation médico-théorique de sa capacité de travail et fait grief au Dr D_____ de ne pas avoir examiné si les limitations fonctionnelles sont compatibles avec son travail habituel.

Il considère qu'il y a lieu de déterminer si la lésion corporelle est attribuable à plus de 50% à l'usure ou à la maladie pour que cesse l'obligation de prester, point sur lequel l'intimée ne s'est pas prononcée.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 25 novembre 2022, a conclu au rejet du recours.

Elle constate que le recourant ne produit pas de nouveau rapport médical et argue que le Dr D_____ s'est déterminé en ayant eu connaissance des différents rapports du Dr C_____, ainsi que des rapports d'IRM et d'imagerie.

Elle relève que ce n'est pas parce qu'elle a accepté de prendre en charge un séjour à la CRR qu'elle doit continuer à prester sur le long terme.

Elle expose que le Dr C_____ n'a ni dûment expliqué les motifs pour lesquels il faudrait prendre en charge les troubles au-delà de la date signifiée, ni apporté d'éléments valables qui remettraient en cause la décision litigieuse.

Elle estime que l'appréciation du Dr D_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'une expertise externe est donc superflue.

Elle rappelle que la règle selon laquelle l'assurance-accidents alloue des prestations pour certaines lésions corporelles, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, ne s'applique qu'en l'absence d'accident. Or, dans le cas présent, il y a indéniablement eu accident.

c. Dans sa réplique du 27 janvier 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

En se référant à un rapport du Dr C_____ du 12 janvier 2023 auquel est annexé un rapport opératoire du 24 août 2022, le recourant réitère que ses lésions du genou gauche ainsi que les douleurs importantes sont en lien de causalité naturelle avec l'accident.

d. Dans sa duplique du 9 février 2023, l'intimée a maintenu sa position, rapport du Dr D_____ du 8 février 2023 à l'appui.

e. La Cour de céans a encore interrogé le Dr D_____, qui a répondu en date du 20 décembre 2023. L'intimée a précisé qu'elle persistait dans ses conclusions. Les réponses ont été communiquées au recourant en date du 15 janvier 2024.

f. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 10 octobre 2022) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 21 juillet 2020), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.
5. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 15 mai 2022, plus précisément sur l'existence après cette date d'un lien de causalité entre les troubles persistants du genou gauche et l'accident du 21 juillet 2020.

7.

7.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

7.2 Aux termes 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).

7.2.1 Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 (publié aux ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33 ss. ; arrêt 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

7.2.2 En l'occurrence, la question de savoir si le recourant a présenté une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA peut demeurer ouverte, car, de toute manière, dans la mesure où il est incontestable que la chute du 21 juillet 2020 était constitutive d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa, la cause doit, selon la jurisprudence précitée, être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Ainsi, contrairement à ce que fait valoir le recourant, l'intimée n'est pas tenue à prestations sur la base de l'art. 6 al. 2 LAA aussi longtemps qu'elle n'apporte pas la preuve libératoire que la lésion invoquée est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (cf. ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1 et 8.3).

7.3 Ceci étant dit, 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'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.4 En relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle. Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 précité consid. 6.1.1).

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

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

7.7 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

8.

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

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

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

8.3.1 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).

8.3.2 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).

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 même 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).

8.3.3 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).

8.3.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

9. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
10. 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 (cf. 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 (cf. 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).
11.
 - 11.1 En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les appréciations du Dr D_____, médecin d'arrondissement orthopédiste, pour limiter le droit aux prestations au 15 mai 2022, en considérant qu'au-delà de cette date, les troubles du genou

gauche du recourant n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 21 juillet 2020.

Le recourant conteste cette appréciation, en invoquant l'avis du Dr C_____, son orthopédiste-traitant.

11.2 Dans son rapport du 6 avril 2022, le Dr C_____ se borne à indiquer que le recourant souffre de douleurs invalidantes réfractaires au traitement conservateur, que l'IRM du 21 mars 2022 montre une lésion cartilagineuse de grade IV de la rotule et la persistance d'un épanchement et qu'une opération par arthroscopie était prévue, sans se déterminer sur le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé.

Dans son rapport du 17 mai 2022, le Dr C_____ répète la teneur du précédent rapport, tout en ajoutant que le recourant présente, dans les suites d'un accident de chantier, une diminution de flexion du genou gauche de l'ordre de 40°.

On ne peut cependant admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle au seul motif que les douleurs au genou et la limitation de la flexion sont apparues après l'accident. Cela reviendrait en effet à se fonder sur l'adage « *post hoc ergo propter hoc* », lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

Dans son rapport du 12 janvier 2023, le Dr C_____ répète que le recourant était asymptomatique avant l'accident et relève que la lésion du ligament latéral, observable sur le bilan radiologique, témoigne d'une étiologie traumatique et qu'il en va de même de la lésion du cartilage rotulien, lésion focale sans autre signe d'une arthrose avancée dans les autres compartiments.

11.3 Dans son rapport du 16 juillet 2021, le Dr D_____ admet que le recourant a souffert d'une entorse du ligament latéral interne (stade I) et d'une contusion du genou gauche au niveau du condyle interne imputables à l'accident.

En revanche, en ce qui concerne la lésion au niveau de la rotule, le médecin d'arrondissement, qui a étudié les pièces médicales au dossier, y compris les examens d'imagerie du genou gauche, pris en compte les plaintes du recourant et examiné ce dernier (cf. ses rapports des 16 juillet 2021 et 26 mars 2022, et celui du 9 mai 2022 pour l'étude des imageries), explique, dans son rapport du 8 février 2023, les motifs pour lesquels il considère que l'accident a cessé de jouer un rôle dans le processus dégénératif du cartilage fémoro-patellaire bien avant le 24 août 2022, date de l'arthroscopie du genou gauche, étant rappelé que dans son rapport du 9 mai 2022, il a fixé le *statu quo* à cette dernière date.

Ainsi, il mentionne en particulier que l'IRM du 15 octobre 2020 montrait une impaction cortico-trabéculaire sur le condyle interne, sans trace d'une réaction cortico-trabéculaire sur la rotule, dont les images sous-chondrales, voire intra-osseuses témoignaient de remaniements d'usure. Il y avait donc eu une contusion sur le condyle fémoral uniquement. L'entorse du ligament latéral interne et la

déchirure de la jonction myotendineuse du vaste interne, situés dans la même zone anatomique, avaient eu lieu sur le plan interne musculaire, hors du champ rotulien. Il était impossible que, au même moment, par un seul mécanisme percussif, il ait eu une atteinte dans un plan (interne musculaire) et une autre atteinte simultanée, perpendiculaire à 90° (rotule) de ce plan.

Dans son rapport complémentaire du 20 décembre 2023, le Dr D_____, après avoir réétudié les radiographies au dossier, s'est prononcé spécifiquement sur le rapport du Dr C_____ du 12 janvier 2023, en précisant avoir déjà, dans son appréciation du 8 février 2023, tenu compte de la délimitation locale de la lésion du cartilage rotulien évoquée par son confrère, qui n'était donc pas de nature à modifier son point de vue. Il a par ailleurs rappelé que les imageries permettaient de conclure à une origine accidentelle de la lésion sur le condyle à l'inverse de la rotule.

11.4 Force est de constater que le Dr D_____, qui estime que le *statu quo* a été atteint le 9 mai 2022, explique de manière détaillée sur quelle base il parvient à ce résultat, contrairement au Dr C_____, dont les avis sont dépourvus de motivation sur la question ici pertinente du lien de causalité, y compris en ce qui concerne la lésion du cartilage rotulien. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du médecin d'arrondissement, qui emportent la conviction.

Le fait que ce dernier ait recommandé un séjour à la CRR à une époque (le 16 juillet 2021) où il a admis le lien de causalité entre l'entorse du ligament latéral interne, d'une part, la contusion du genou gauche au niveau du condyle, d'autre part, et l'accident, tout en relevant que le cas n'était pas encore stabilisé à ce moment n'est pas susceptible de jeter le doute sur l'appréciation finale du médecin d'arrondissement s'agissant de la disparition du lien de causalité pour ce qui concerne l'atteinte cartilagineuse fémoro-patellaire préexistante.

Partant, l'intimée était fondée à refuser les prestations d'assurance au-delà du 19 mai 2022. Aussi n'était-il pas nécessaire, contrairement à ce que paraît croire le recourant, d'examiner, en l'absence d'un lien de causalité entre les atteintes invoquées et l'accident au-delà de cette date, les répercussions de celles-ci sur sa capacité de travail et sa capacité de gain.

11.5 Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il est inutile de mettre en œuvre une expertise.

12. Par conséquent, le recours est rejeté.
13. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).
14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant**

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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