

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2842/2023

ATAS/475/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2024

Chambre 2

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Anny
FAVRE, juges assesseures**

EN FAIT

- A. a.** Le 3 mars 2023, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1984, domicilié en France, aide-électricien de profession, au bénéfice d'un contrat à durée indéterminée auprès de B_____ SA, société de placement fixe ou temporaire sise dans le canton de Genève (ci-après : l'employeur), au taux de 100%, soit 40 heures par semaine (horaire normal dans l'entreprise), a fait l'objet d'une « déclaration de sinistre LAA » de la part de l'employeur.

La date du sinistre indiquée était le 1^{er} mars 2023 à 14h00, et, selon les faits décrits qui s'étaient déroulés dans le canton de Genève, « sur le chantier, il y avait des planches sur une fosse. Pour éviter la planche qui basculait, il est passé sur le côté et en essayant de se rattraper, il s'est tordu le genou ». La blessure consistait en une « torsion/foulure » du genou gauche. Le travail avait été interrompu à la suite de l'accident.

b. L'assuré a, dès le 1^{er} mars 2023, été mis en arrêt total de travail pour cause d'accident par des médecins d'un centre médico-chirurgical genevois, notamment le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui lui a aussi prescrit des séances de physiothérapie.

c. Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, 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 le cas.

Le 14 mars 2023, l'intéressé a rempli un formulaire avec des réponses à des questions de la caisse, laquelle a, lors d'un entretien téléphonique du 3 avril 2024 avec l'épouse de l'assuré, été informée de la reprise de travail par celui-ci le même jour.

Le 15 mars 2023, le docteur D_____, médecin praticien FMH au sein du centre médico-chirurgical susmentionné, a rempli un « rapport initial LAA », indiquant comme diagnostics une « rupture du ménisque externe » et une « entorse LLE stade II ».

d. Par lettre du 4 avril 2023, la SUVA a informé l'assuré de sa prise en charge des suites de l'accident professionnel du 1^{er} mars 2023 avec effet au plus tôt à partir du 4 mars 2023, par les frais de traitement et des indemnités journalière.

e. Le 28 avril 2023, le Dr C_____ a noté un échec du traitement conservateur ainsi que des tentatives de reprise de travail en raison de vives douleurs dès ses commencements. Selon lui, l'examen d'IRM mettait en évidence une déchirure du ménisque externe et une petite lésion du ligament collatéral externe, « par contre, une gonarthrose déjà préexistante ». « Devant ce tableau radio clinique et d'un échec du traitement conservateur, une intervention chirurgicale concernant [le] ménisque externe [était] à envisager ».

Le 2 mai 2023, ce chirurgien orthopédiste a attesté une incapacité totale de travail pour cause d'accident jusqu'au 31 mai 2023 inclus.

f. La caisse a alors demandé puis reçu les rapports d'imagerie médicale, à savoir des rapports du 2 mars 2023 établis par le docteur E_____, radiologue FMH auprès d'un institut de radiologie, à la suite d'une IRM du genou gauche, respectivement une échographie de la cheville gauche effectuées le même jour, de même qu'un « rapport d'interprétation » rédigé le 3 mars 2023 par le docteur F_____, radiologue auprès du centre médico-chirurgical précité (en charge des soins pour l'intéressé) à la suite de rayons X effectués le 1^{er} mars 2023 sur le genou gauche.

En outre, dans un « rapport médical intermédiaire » du 16 mai 2023 à l'intention de l'assureur-accidents, le Dr C_____ a diagnostiqué une « déchirure du ménisque externe et interne », l'évolution jusqu'à ce jour étant défavorable, avec une opération prévue le 25 mai 2023 (« AS genou »), le pronostic étant réservé et aucune reprise du travail n'étant prévue. Ce chirurgien orthopédiste a par ailleurs attesté, le 22 mai 2023, une incapacité totale de travail pour cause d'accident jusqu'au 15 juin 2023 inclus.

Dans un rapport « mandat médecine d'assurance – appréciation brève » établi le 24 mai 2023, la docteure G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la SUVA, a considéré notamment ce qui suit : « seule la déchirure partielle du LLE [était] à retenir en causalité naturelle avec vraisemblance prépondérante avec l'événement du 1^{er} mars 2023 » ; le dommage sur lequel allait porter l'opération prévue le 28 avril 2023 par le Dr C_____ n'était pas imputable au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident ; pour la déchirure partielle du LLE, « en raison de la décompensation aiguë provisoire de l'état dégénératif avancé du compartiment externe », les séquelles de l'accident ne jouaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus aucun rôle au niveau du tableau clinique au-delà de trois mois.

Le 2 juin 2023, la caisse a reçu un rapport du 3 mai 2023 du Dr D_____, qui certifiait avoir reçu en urgence le patient le 1^{er} mars 2023 à la suite de son accident, le diagnostic étant une « déchirure du ménisque externe et lésion ligamentaire à gauche ».

g. Par décision du 2 juin 2023, la SUVA a relevé que, selon l'appréciation de son service médical, l'état de santé de l'intéressé tel qu'il aurait été sans l'accident du 1^{er} mars 2023 pouvait être considéré comme atteint depuis le 31 mai 2023 au plus tard, et a dès lors clos le cas et mis fin aux prestations d'assurance (frais de traitement et indemnités journalière) au 31 mai 2023.

h. Le 25 juin 2023, l'assuré a formé opposition contre cette décision.

Était produit un écrit du 19 juin 2023 du Dr C_____ à l'intention de la SUVA, qui résumait les antécédents du patient, à savoir une « ligamentoplastie LCA »

(NDR : réparation du ligament croisé antérieur du genou [ci-après : LCA]), à la suite d'un accident environ 20 ans auparavant, après la mention de l'intervention chirurgicale effectuée le 1^{er} juin 2023 qui avait consisté en une « intervention arthroscopie du genou avec ablation de la déchirure de la corne moyen postérieur du ménisque interne » et était bien une suite de l'accident du 1^{er} mars 2023, la caisse étant priée de revoir sa position quant au refus de prise en charge. Selon ce chirurgien orthopédiste, les suites post-opératoires étaient simples et favorables, et le patient reprendrait le travail lundi matin 12 juin 2023.

i. Par décision sur opposition rendue le 12 juillet 2023, la SUVA a rejeté ladite opposition et précisé que l'effet suspensif était retiré à un éventuel recours subséquent.

B. a. Par acte du 1^{er} septembre 2023, l'assuré a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre cette décision sur opposition en tant qu'elle lui refusait la prise en charge de son opération chirurgicale du 1^{er} juin 2023, laquelle avait selon lui été rendue nécessaire par son accident du 1^{er} mars 2023 et non par la ligamentoplastie subie il y avait environ 20 ans.

b. Par réponse du 3 novembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, avec en annexe une « appréciation médicale » du 9 octobre 2023 de sa médecin-conseil la Dre G_____, qui confirmait le contenu de son appréciation du 24 mai 2023 et considérait que l'assurance-accidents n'avait pas à prendre en charge l'intervention du 1^{er} juin 2023.

c. Par réplique du 15 janvier 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, précisant ne pas avoir d'autres éléments à ajouter à son dossier.

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. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge, comme étant une suite de l'accident du 1^{er} mars 2023, l'intervention chirurgicale effectuée le 1^{er} juin 2023 sur le genou gauche du recourant par le Dr C_____, étant en outre précisé que l'intéressé ne conteste pas la fin du versement des indemnités journalières au 31 mai 2023.

3.

3.1 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 LPGGA).

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

3.2 Dans le cadre de son devoir d'instruction (*cf.* art. 43 al. 1 LPGGA), 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 LPGGA, 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 LPGGA 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).

En l'occurrence, même si la déchirure du ménisque (externe) diagnostiquée par certains médecins semble être 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 1^{er} mars 2023 était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGGA, la cause doit être examinée exclusivement 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.

3.3 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).

3.3.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (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).

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).

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).

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

assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

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), 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).

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).

3.4 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).

3.4.1 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).

3.4.2 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 (*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).

3.5 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).

4.

4.1 En l'espèce, le dossier contient les constatations et appréciations médicales qui suivent.

4.1.1 Les médecins qui ont traité le recourant pour les suites de son accident professionnel du 1^{er} mars 2023 au genou gauche, à savoir les Drs D_____, médecin praticien, et C_____, chirurgien orthopédiste, ont, respectivement les 15 mars et 28 avril 2023 puis encore 3 mai 2023, diagnostiqué une rupture ou déchirure du ménisque externe ainsi qu'une lésion ou entorse du ligament latéral externe (ci-après : LLE).

Le radiologue F_____ a, à la suite de rayons X effectués le 1^{er} mars 2023 sur le genou gauche, présenté la description suivante : pas d'épanchement intra-articulaire, pas de signes dégénératifs, pas de fracture, pas de lésion osseuse suspecte, minéralisation osseuse dans la norme, ancienne ligamentoplastie, arthrose fémorotibiale externe avec un pincement marqué, enfin arthrose fibulo-tibiale. Le radiologue E_____ a quant à lui, à la suite d'une IRM du genou gauche le 2 mars 2023, conclu à une « importante gonarthrose fémorotibiale externe marquée par une mise à nu de l'os sous-chondral, une réaction œdémateuse de l'os spongieux en miroir et d'une ostéophytose exubérante », une « rupture complexe multifragmentaire du ménisque externe : méniscopathie grade III », une « rupture partielle du ligament collatéral externe (NDR : LEE) de grade II » et une « plastie du ligament croisé bien tendue ».

Dans son rapport du 24 mai 2023, la Dre G_____, chirurgienne orthopédiste et médecin-conseil de la caisse, a considéré en particulier ce qui suit : « l'importance de l'arthrose externe [avancée] os à nu explique un état dégénératif du ménisque externe avec multiples fissures (rupture complexe) » ; « du point de vue médicale et en vraisemblance prépondérante une torsion en varus (mécanisme adéquat pour déchirer le LLE) provoquerait une déchirure du ménisque interne et non externe » ; « seule la déchirure partielle du LLE est à retenir en causalité naturelle avec vraisemblance prépondérante avec l'événement du 1^{er} mars 2023 » ; le dommage sur lequel porterait l'opération prévue le 28 avril 2023 par le Dr C_____ n'est pas imputable au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident ; « l'excision chirurgicale du ménisque externe dans un tel contexte d'arthrose F-T externe avec os mis à nu est à proscrire sous peine d'aggraver la situation » ; pour la déchirure partielle du LLE, « en raison de la décompensation aiguë provisoire de l'état dégénératif avancé du compartiment externe », les séquelles de l'accident ne jouent, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus aucun rôle au niveau du tableau clinique au-delà de trois mois.

Dans son écrit du 19 juin 2023, le Dr C_____ ne s'est pas clairement déterminé sur cette appréciation de la médecin-conseil de l'intimée, mais a simplement

résumé la nature de l'opération chirurgicale du 1^{er} juin 2023 (« intervention arthroscopie du genou avec ablation de la déchirure de la corne moyen postérieur du ménisque interne ») ainsi que les antécédents du patient, a mentionné qu'après l'accident du 1^{er} mars 2023 l'assuré a bénéficié d'un traitement conservateur qui s'était soldé par un échec et que « l'IRM confirme la déchirure du ménisque, une intervention chirurgicale a été engendrée et effectuée ». Il a ensuite confirmé que ladite opération, du 1^{er} juin 2023, est « bien une suite de l'accident du 1^{er} mars 2023 », la caisse étant priée de revoir sa position quant au refus de prise en charge. En outre, selon ce chirurgien orthopédiste, les suites post-opératoires sont simples et favorables, et le patient reprendrait le travail lundi matin 12 juin 2023.

4.1.2 Selon la Dre G_____, dans son rapport du 9 octobre 2023 à la suite du recours, « les radiographies initiales » montrent une arthrose fémorotibiale externe avancée, stade III, avec un fort pincement articulaire. L'IRM du 2 mars 2023 montre des lésions cartilagineuses mettant l'os à nu avec une réaction de l'os sous-chondral au niveau de ce compartiment FT externe, correspondant au degré 4 de la classification des lésions cartilagineuses. Cette même séquence montre très clairement un ménisque externe extrudé de plus de 2 mm en raison de la diminution/disparition consécutive d'épaisseur du cartilage (« normal dans un genou = au moins 4 mm ») ; ce ménisque externe est de façon évidente malmené par l'arthrose ; cette même IRM objective une lésion complexe de la corne postérieure du « ME » et dans une moindre mesure de la corne intermédiaire, « se situant en regard des lésions ostéochondrales et la présence d'un kyste paraméniscal externe » ; le ménisque externe est très nettement non seulement extrudé dans sa partie intermédiaire mais également presque inexistant par endroits ; la méniscopathie de stade III décrite par le radiologue correspond à un état lésionnel avancé incompatible avec un traumatisme en varus sans autre lésion que le LLE. Ladite IRM « précoce » permet donc non seulement de « confirmer l'arthrose fémorotibiale externe, mais aussi une lésion méniscale dégénérative du ménisque externe extrudé en raison de la complexité de la lésion de celui-ci et surtout la présence d'un kyste synovial paraméniscal » ; « car nous savons que les kystes synoviaux paraméniscaux sont une composante d'une lésion chronique ».

Par ailleurs, toujours d'après la médecin-conseil, une entorse du LLE de stade II, c'est-à-dire une déchirure partielle de ce ligament, a été vue à l'IRM du 2 mars 2023 précitée. Il n'y a aucun signe d'œdème osseux compatible avec une contusion osseuse. Le ménisque interne est intact ainsi que le LCA qui a été réparé dans le cadre de la plastie ligamentaire 20 ans auparavant. Il est précisé que la déchirure d'un LCA est souvent accompagnée d'une lésion du ménisque externe et plus rarement interne.

Partant, encore de l'avis de la Dre G_____, l'arthrose fémorotibiale avancée n'a de façon certaine pas de lien de causalité naturelle avec l'événement du 1^{er} mars 2023, et il en est de même concernant la lésion méniscale externe opérée le 1^{er} juin 2023.

La déchire partielle du LLE, seule séquelle structurelle, peut être expliquée par un mouvement de varus forcé du genou. Une déchire partielle du LLE guérit sans séquelle, sur un genou par ailleurs normal, après un maximum de trois mois.

L'arthrose du compartiment externe avancée aurait, de toute façon et sans l'événement, provoqué les symptômes douloureux à un moment ou l'autre à court terme, l'absence de symptômes avant le 1^{er} mars 2023 pouvant notamment s'expliquer par un « *genu varus* » gauche.

La Dre G_____ confirme en conséquence que, compte tenu des lésions structurelles extra-articulaires liées de façon certaine à l'événement du 1^{er} mars 2023 (déchire partielle du LLE), les suites douloureuses au-delà de deux à trois mois (« temps de guérison habituel d'une déchirure ligamentaire partielle 2-3 mois ») concernent l'arthrose du compartiment externe préexistante sévère avec un ménisque dégénératif.

Certes, selon la médecin-conseil, la chute a pu décompenser l'arthrose de façon aiguë mais provisoire, sans provoquer de lésion intra-articulaire objectivable. Compte tenu de l'importance des troubles dégénératifs avancés du compartiment fémoro-tibial externe, la durée de la décompensation est de deux à trois mois, après quoi l'événement a fini de produire ses effets. Dans ce sens, « l'opération du 1^{er} juin 2023 pour ménisectomie externe n'est pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement ».

La Dre G_____ ajoute que, dans son rapport du 19 juin 2023, « le Dr C_____ n'offre aucun argument complémentaire pour confirmer que la lésion du ménisque externe est bien due à l'événement. – Il semble que l'assuré devait reprendre son travail le 12 juin 2023 après une ménisectomie externe du 1^{er} juin 2023 ce qui semble très improbable. – Nous n'avons pas reçu le rapport opératoire ni les images peropératoires de l'arthroscopie montrant l'état du ménisque externe et celui des cartilages. Il est néanmoins incontestable que les images des séquences en T2 de l'IRM montrent des lésions avancées des cartilages externes et que la spécificité de cet examen ne permet pas de les remettre en question de même que la présence d'un kyste para-méniscal et l'extrusion de celui-ci le tout signant une atteinte chronique du ME donc sans causalité naturelle en vraisemblance prépondérante ».

En conclusion, la médecin-conseil confirme son appréciation du 24 mai 2023 et considère que l'intervention chirurgicale du 1^{er} juin 2023 n'est pas à la charge de l'assurance-accidents selon la LAA.

4.2 Les appréciations de la Dre G_____ reposent sur un examen approfondi des documents médicaux préexistants, en particulier des imageries, et exposent de manière circonstanciée et convaincante pour quels motifs l'opération chirurgicale du 1^{er} juin 2023 ne serait pas à la charge de l'assurance-accidents selon la LAA. Au surplus, étant donné notamment que des conclusions relatives au lien de causalité ne peuvent être fondées qu'essentiellement sur les imageries (car

concernant ici des parties non visibles à l'œil nu du genou et une question quant à l'origine [traumatique ou dégénérative] de l'atteinte difficilement déterminable à la palpation), un examen clinique de l'intéressé n'aurait, dans les présentes circonstances, pas été susceptible d'apporter des éléments pertinents. Lesdites appréciations sont, partant, probantes.

Le Dr C_____ et le recourant (dans son opposition et son recours) se contentent de considérer que l'intervention chirurgicale a été causée par l'accident du 1^{er} mars 2023 et qu'elle ne présente aucun lien avec l'ancienne ligamentoplastie, sans en expliquer les motifs de manière pertinente.

En particulier, les faits allégués par l'intéressé selon lesquels, avant sa chute du 1^{er} mars 2023, il n'avait aucun souci de santé ni aucune douleur et que la décision initiale de la caisse a été rendue le lendemain de l'opération en cause – qui a porté essentiellement sur le ménisque – ne permettent aucunement de mettre en doute les conclusions de la médecin-conseil de l'intimée.

À teneur de celles-ci, en résumé, l'accident a entraîné uniquement la déchirure partielle du LLE du genou gauche et a pu faire décompenser l'arthrose du compartiment externe préexistante et l'état du ménisque déjà auparavant dégénératif, et, en outre, le *statu quo sine* a été atteint entre deux et trois mois après le 1^{er} mars 2023, donc pas au-delà du 31 mai 2023.

4.3 En définitive, l'assuré et ses médecins n'ayant pas laissé subsister le moindre doute quant aux appréciations et conclusions de la Dre G_____, l'opération chirurgicale du 1^{er} juin 2023 n'a, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, pas concerné l'atteinte causée par l'accident du 1^{er} mars 2023 mais uniquement une atteinte (en particulier au ménisque) qui était déjà fortement dégénérative avant cet événement et avait seulement été aggravée par ce dernier, et était de surcroît postérieure, certes de peu de temps, au *statu quo sine* (le 31 mai 2023). Ainsi, ladite intervention chirurgicale a été considérée à juste titre par la caisse comme n'étant pas à la charge de l'assurance-accidents selon la LAA.

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

La greffière

Le président

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