

GE_GERICHTE ATAS/482/2022 vom 27. Mai 2022

GE Cour de justice, 2022-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_482_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/482/2022 du 27 mai 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/482/2022 del 27 maggio 2022

Erwägungen

E. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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.

E. 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.

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA du 25 février 2021, singulièrement de l'arrêt des prestations au 15 novembre 2020.

A/1049/2021 - 7/15 -

E. 5.1

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, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 5.2

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

manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

E. 5.3

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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

E. 5.4

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.

E. 6

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

A/1049/2021 - 8/15 - avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 7.1

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).

E. 7.2

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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 7.3

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

A/1049/2021 - 9/15 - 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).

E. 7.4

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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2. et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

E. 7.5

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un

jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

E. 8.1

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement

A/1049/2021 - 10/15 - imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

E. 8.2

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

E. 8.3

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture

d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

A/1049/2021 - 11/15 -

E. 9.1

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 9.2

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 10

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer

d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

A/1049/2021 - 12/15 -

E. 11.1

En l'espèce, le recourant conteste l'appréciation médicale sur laquelle s'est fondée l'intimée pour prendre sa décision de mettre fin à ses prestations. Il ne produit toutefois aucun rapport médical pouvant appuyer ses allégations. Dans son recours, il cite l'IRM du genou gauche effectuée le 25 juin 2019, qui met en évidence une lésion du ménisque interne avec effraction capsulaire entraînant un œdème, puis l'IRM du genou gauche effectuée le 7 septembre 2020, qui met en évidence une augmentation du kyste para-méniscal interne associée à une atteinte multi fissuraire et extrusion méniscale, puis l'échographie du 21 septembre 2020, qui met en évidence l'apparition d'un varus du genou associé à une chondropathie débutante tri-compartimentale avec des douleurs associées au kyste en nette progression depuis le début du traumatisme. C'est dans ce contexte que le Dr H_____ a proposé une opération pour un drainage du kyste susmentionné en raison des douleurs et des limitations liées à ce dernier. En annexe à son recours, le recourant a joint un rapport du Dr H_____, daté du

E. 11.2

De son côté, l'intimée se fonde sur le rapport établi par son médecin-conseil, le Dr I_____, qui considère, dans son rapport du 18 janvier 2021, que les bilans radiologiques et d'imagerie réalisés à la suite de l'accident du 3 juin 2019 mettent en évidence l'absence de lésion traumatique aiguë, la vraisemblance de plusieurs lésions dégénératives ou séquellaires au niveau du genou gauche, notamment un status après reconstruction ligamentaire du croisé antérieur (effectuée en 2004 par le Dr J_____, en France), un état dégénératif du compartiment fémoro-tibial interne avec chondropathie ulcérée, la présence d'une collerette ostéophytaires condylienne interne avec exclusion mécanique du ménisque interne qui présente des caractéristiques d'un état dégénératif, dans le sens d'une méniscose, entourée d'un kyste para méniscal interne mais également poplité. L'augmentation du kyste, mentionnée dans le rapport médical du Dr H_____ du 7 novembre 2020, figure dans le rapport du Dr I_____ sous la rubrique « Evolution des pièces communiquées ». Aucune des pièces médicales du médecin traitant ne permet d'établir que l'augmentation du kyste a une origine accidentelle ; au contraire, la littérature scientifique médicale l'attribue plutôt, chez l'adulte, à une maladie dégénérative ou une inflammation : « un kyste poplité est fréquemment coexistant à une pathologie articulaire du genou chez l'enfant ou l'adulte. Il se présente comme une masse au niveau du creux poplité. Le kyste est un récessus de la cavité synoviale du genou, souvent lié à la présence chronique d'un épanchement. Chez l'enfant, l'étiologie

A/1049/2021 - 13/15 - peut être primaire, avec un développement directement depuis la bourse des muscles gastrocnémien médial et semi-membraneux. Chez l'adulte, le kyste est généralement secondaire à une maladie dégénérative ou inflammatoire du genou. Une communication entre l'espace intra-articulaire et le kyste est souvent retrouvée » (Kystes

poplités : approches étiologique et thérapeutique, par Julien BILLIÈRES, Pierre LASCOMBES et Robin PETER in Revue médicale suisse n° 432, du 28 mai 2014). Les auteurs de l'article exposent que les symptômes sont variables et dépendent de la maladie de base ainsi que de la taille du kyste. « La plupart des kystes poplités sont de petite taille et asymptomatiques et leur découverte est généralement fortuite. Lorsqu'il est de taille plus importante, le kyste poplité se manifeste par une gêne, voire des douleurs mécaniques à la face postérieure du genou, plus ou moins associées à une sensation de tension et à la palpation d'une masse, surtout lorsque le genou est en extension ». (op. cit. p. 11) Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs dont souffre le recourant sont causées par l'augmentation du kyste para-méniscal, étant précisé que l'apparition et le développement du kyste sont d'origine non traumatique. Il n'est pas exclu que l'accident ait pu accélérer l'augmentation du kyste mais celui-ci était déjà présent avant l'accident et sa présence a été découverte, de manière fortuite, lors des examens radiologiques et les IRM pratiqués suite à l'accident. La méniscope mentionnée dans le rapport va également dans le sens d'une atteinte dégénérative. À cet égard, la lésion du ménisque étant considérée comme une lésion assimilée au sens de l'art 6 al. 2 let. c LAA, il convient de noter que rien, dans les pièces médicales, ne permet de conclure que le sinistre du 3 juin 2019 en soit la cause. La précédente opération subie par le recourant en 2004 et le travail de nettoyeur, qui lui impose un travail et une fatigue plus importante exercés sur les genoux, sont des éléments dont il faut tenir compte et qui sont de nature à entraîner des lésions dues à l'usure. Les explications données par le Dr I _____, notamment quant à la méniscope, permettent, en l'état, de conclure à la vraisemblance prépondérante d'une origine dégénérative de la lésion oblique observée sur la corne postérieure du ménisque. Étant précisé que la LCA pratiquée par le Dr J _____ en 2004 joue un rôle dans la lésion du ménisque comme cela est confirmé par la littérature scientifique médicale « une laxité antérieure chronique du genou (due à une déchirure du LCA datant d'un an ou plus) engendre des déchirures méniscales et des lésions chondrales » (Prise en charge actuelle des lésions méniscales chez l'athlète, par Philippe M TSCHOLL, Victoria B DUTHON, Maxime CAVALIER, Jacques MENETREY in : Revue médicale suisse, n° 525 du 13 juillet 2016) Dès lors, aucun élément médical contradictoire ne permet de mettre en doute l'appréciation du Dr I _____.

A/1049/2021 - 14/15 - C'est ici l'occasion de rappeler que le juge peut accorder pleine valeur probante à un rapport établi par le médecin d'un assureur social aussi longtemps que celui-ci aboutit à un résultat convaincant, que la conclusion est sérieusement motivée, que l'avis ne contient pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause son 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). Contrairement à l'opinion générale exprimée par le recourant, sans que celui-ci ne donne, toutefois, le moindre indice de partialité du médecin-conseil, rien ne permet, en l'occurrence, de douter de l'impartialité du Dr I _____. Réalisé sur la base du dossier, le rapport peut avoir une valeur probante dès lors qu'il contient suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré.

E. 11.3

Le rapport du 18 janvier 2021 rédigé par le médecin-conseil de l'intimée est convaincant et sa conclusion bien motivée. La chambre de céans considère, dès lors, que le rapport présente une valeur probante et que ses conclusions sur l'origine non accidentelle des troubles dont souffre le recourant après la date du 15 novembre 2020 peuvent être suivies.

E. 11.4

Pour ces raisons et par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans estime superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références), raison pour laquelle il ne sera pas donné suite à la conclusion subsidiaire du recourant d'ordonner une expertise médicale judiciaire. Dès lors que la SUVA a cessé de prester plus de dix-sept mois après l'accident, il n'est pas nécessaire de se déterminer plus avant sur le délai de deux mois, avancé par le Dr I_____, pour que l'accident du 3 juin 2019 cesse de déployer ses effets. 12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario LPGA).

* * * * *

A/1049/2021 - 15/15 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

E. 16

décembre 2020, non mentionné dans l'appréciation médicale du Dr I_____ du

E. 18

janvier 2021. Néanmoins, ce rapport, qui récapitule la chronologie des événements, porte avant tout sur les raisons pour lesquelles l'indication opératoire a été retenue par le Dr H_____, soit procéder à un drainage du kyste para-méniscal, afin de diminuer les douleurs et les limitations liées à ce dernier. Il ne donne pas d'indication sur l'origine dégénérative ou traumatique des troubles constatés.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.