

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1904/2025

ATAS/27/2026

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 janvier 2026**

**Chambre 1**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Amélie FIGUET MAYSTRE, présidente ; Yves MABILLARD, Michael  
RUDERMANN, juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1992, étancheur de profession, était employé par la société B\_\_\_\_\_ SA à compter du 29 janvier 2023 et assuré à ce titre auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels.
- b.** Le 8 février 2024, il a été victime d'un accident. Il a fait une chute alors qu'il descendait d'un échafaudage et s'est notamment blessé aux genoux.
- c.** Avant cette date, l'assuré a été victime de deux autres accidents : le 18 septembre 2018, il a glissé sur une planche mouillée et a violemment chuté, se blessant au dos, à l'épaule gauche et aux genoux ; le 21 juillet 2022, il était en train d'accéder au toit d'un immeuble lorsque sa jambe droite a tourné et il a ressenti un petit craquement au niveau de son genou droit et de sa cheville droite.
- d.** La SUVA est intervenue à la suite du cas du 18 septembre 2018, prenant notamment en charge une chirurgie de reconstruction du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA) en mars 2019 et versant des indemnités journalières jusqu'au 17 octobre 2021, veille de la reprise de travail de l'assuré.
- e.** À la suite de l'événement du 21 juillet 2022, la SUVA a versé des prestations (indemnités journalières et frais de traitement) jusqu'au 3 mai 2023.
- f.** Cinq jours après l'événement du 8 février 2024, l'assuré a consulté le docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste à Valserhône, lequel a attesté, le 13 février 2024, d'une incapacité de travail totale du 13 février au 23 mars 2024 inclus. Celle-ci a été régulièrement prolongée jusqu'au 3 mai 2025.
- g.** Dans un questionnaire complété le 4 mars 2024, l'assuré a précisé n'avoir pas ressenti de douleurs immédiatement lors de sa chute, mais une fois rentré chez lui. Il avait eu de grosses douleurs aux épaules, aux genoux, aux poignets et au bas du dos.
- h.** Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit a été réalisée le 18 juin 2024. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialisé en radiologie, a principalement constaté des signes de méniscopepathie médiale et de chondropathie fémorotibiale associée, avec un respect du LCA.
- i.** Se fondant sur ledit rapport d'IRM, le Dr C\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 19 juillet 2024, posé les diagnostics de méniscopepathie médiale et chondropathie fémorotibiale. L'incapacité de travail était totale depuis le 13 février 2024, pour une durée indéterminée.
- j.** Une IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 23 juillet 2024. La doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialisée en radiologie, a conclu à une hypertrophie du ligament glénohuméral supérieur hétérogène sans rupture, avec tendinopathies des muscles

supra et infraépineux, une hypertrophie du tendon du muscle subscapulaire et une bursite subscapulaire minime, sans constater d'autre anomalie.

**k.** Dans une appréciation médicale du 14 août 2024, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin d'assurance et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu que la santé de l'assuré était déjà altérée avant l'accident au niveau du genou (méniscopathie médiale et chondropathie fémorotibiale). L'accident n'avait causé aucune autre lésion structurelle pouvant être objectivée. S'agissant de l'épaule, aucune atteinte n'avait été diagnostiquée. L'événement avait ainsi cessé de produire ses effets au 8 avril 2024.

**l.** Par décision du 29 août 2024, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet à cette même date, au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 8 février 2024 pouvait être considéré comme atteint depuis le 8 avril 2024 au plus tard.

**m.** Une IRM du genou gauche a été réalisée le 3 septembre 2024, mettant en évidence une méniscopathie bi-compartmentale prédominant au niveau du ménisque latéral avec une fissure horizontale, une amorce de chondropathie du condyle et du plateau tibial médial et une méniscopathie médiale plus évoluée avec subluxation.

**B. a.** Le 13 septembre 2024, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 29 août 2024, concluant à ce que la SUVA reprenne immédiatement le versement des indemnités journalières. Des examens médicaux étaient encore en cours, notamment au niveau de son épaule droite, de ses deux poignets et de ses genoux. Selon son médecin traitant, les douleurs dont il souffrait étaient directement liées à l'accident du 8 février 2024.

**b.** Par courriel du 24 septembre 2024, l'assuré a transmis à la SUVA deux rapports complémentaires :

- un rapport du 23 septembre 2024 établi par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialisé en chirurgie du genou et de la hanche, lequel a retenu, s'agissant de son genou droit, que la méniscopathie médiale était déjà présente sur les précédentes IRM, de sorte qu'il s'agissait plutôt d'une dégradation arthrosique. Concernant le genou gauche, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré qu'il existait une méniscopathie fissuraire relativement vaste, au ménisque interne, qui n'était pas présente sur les données préopératoires de 2019 lors de la reconstruction de son LCA. Pour le surplus, il n'y avait pas eu de majoration des lésions du ménisque latéral qui n'étaient que partielles et non-transfixiantes lors de son compte-rendu opératoire de 2019 ;
- un rapport du 23 septembre 2024 établi par la docteure H\_\_\_\_\_, spécialisée en chirurgie orthopédique et traumatologique du membre supérieur, laquelle a retenu les diagnostics de tendinopathie de la coiffe des rotateurs, d'hypertrophie du ligament gléno-huméral supérieur et de bursite scapulaire. Il

convenait d'effectuer un arthroscanner pour éliminer une rupture de la coiffe des rotateurs.

**c.** Dans une appréciation médicale du 9 octobre 2024, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ confirmait pleinement sa prise de position médicale. En revanche, en se référant au rapport de la Dre H\_\_\_\_\_, il a estimé qu'il fallait attendre les résultats de l'arthroscanner.

**d.** Un arthroscanner de l'épaule gauche a été réalisé le 18 novembre 2024, lequel s'est révélé sans particularité. Il a mis en évidence que le tendon du long biceps était en place dans sa gouttière, sans signe de fissuration, que le tendon du supra-épineux, de l'infra-épineux et du sub-scapulaire était intact, que les muscles de la coiffe présentaient une trophicité normale, qu'il n'y avait pas d'atteinte du labrum et des ligaments gléno-huméraux, ni d'atteinte cartilagineuse significative gléno-humérale, et que les structures osseuses étaient homogènes. L'assuré présentait une arthropathie acromio-claviculaire modérée.

**e.** À teneur d'un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2024, l'IRM du poignet gauche réalisée à cette date avait mis en évidence un aspect d'entorse radiocarpienne et ulno carpienne modérément évoluée, une petite lame d'épanchement satellite de l'articulation scaphotrapézienne, et l'absence de lésion osseuse traumatique.

**f.** Le 28 novembre 2024 a été réalisée une IRM du poignet droit de l'assuré. Le Dr D\_\_\_\_\_ a constaté des remaniements inflammatoires de l'articulation ulno carpienne et radiocarpienne, un épanchement liquidien satellite et un discret remaniement de l'articulation trapézométacarpienne. Il n'y avait pas de signe de ténosynovite.

**g.** Une IRM de l'épaule droite a été réalisée le 5 décembre 2024, mettant en évidence une tendinopathie modérée du supraépineux avec une minime zone de fissuration longitudinale, mais surtout une fissure partielle un peu plus évoluée du tendon supraépineux.

**h.** Dans une appréciation médicale détaillée du 11 décembre 2024, le Dr F\_\_\_\_\_ a considéré qu'il existait de nombreuses discrédances dans ce dossier, en particulier sur les douleurs multiples consécutives à la chute, déclarées par l'assuré, mais dont il n'était fait mention par le médecin traitant que dans un rapport établi plusieurs mois après l'évènement, ce alors que les premiers soins, réalisés cinq jours après l'évènement, ne concernaient que les genoux. Les gonalgies étaient initialement décrites comme bilatérales. Ensuite, divers examens avaient été réalisés sur plusieurs mois. L'ensemble des atteintes relevées dans l'IRM du genou gauche du 3 septembre 2024 étaient déjà notées lors du précédent évènement et l'ensemble consistait en des éléments de dégénérescence progressive sur des antécédents, comme en témoignait d'ailleurs le rapport du Dr G\_\_\_\_\_. Quant à l'IRM du genou droit, elle montrait des signes de chondropathie fémorotibiale interne et, là encore, il y avait des antécédents de

ligamentoplastie. Le résultat montrait des atteintes arthrosiques déjà relevées et dégénératives, non aggravées par l'évènement, de même que du côté controlatéral. Ainsi, les éléments retrouvés sur les IRM témoignaient d'une dégradation arthrosique également du genou droit, de sorte que l'on était en présence d'une double évolution arthrosique des genoux droit et gauche sur des antécédents de chirurgie. S'agissant des épaules, il n'y avait eu aucune déclaration d'évènement traumatique à ce niveau. L'assuré avait eu l'occasion de consulter une spécialiste, la Dre H\_\_\_\_\_, qui, après analyse de l'IRM en particulier à gauche de juillet 2024, avait noté que l'assuré avait présenté des scapulalgies bilatérales. Elle avait ainsi demandé un arthroscanner pour éliminer une rupture de coiffe. Cet arthroscanner, qui était plus précis qu'une image statique IRM justement pour savoir si les atteintes des muscles de la coiffe étaient transfixiantes, s'était avéré négatif, traduisant qu'à gauche sur l'épaule aucune atteinte n'avait été créée. L'IRM de l'épaule droite réalisée le 5 décembre 2024 montrait essentiellement des éléments de tendinopathie avec une petite fissure distale au niveau de la jonction myotendineuse du tendon infraépineux. Il était à cet égard surprenant que cette épaule n'eût pas été analysée comme douloureuse par une spécialiste de l'épaule. Un arthroscanner pourrait être réalisé, comme pour l'épaule gauche. Concernant les deux poignets, ceux-ci n'avaient pas fait l'objet de la description de l'atteinte initiale. On était clairement en présence d'une atteinte purement inflammatoire pour le poignet droit, sans atteinte traumatique décelable. Quant au poignet gauche, l'IRM détectait une entorse radio carpienne, mais ne la justifiait pas par une rupture ligamentaire quelconque. Partant, cette entorse était bénigne et même si elle avait été provoquée de quelque façon méconnue lors de la chute, elle serait stabilisée depuis longtemps, en moyenne deux mois après la date dudit évènement. Concernant l'épaule gauche, compte tenu du délai passé depuis l'évènement, une expertise pourrait être la meilleure solution.

**i.** Par courrier du 15 janvier 2025, la SUVA a informé l'assuré qu'elle entendait confier une expertise au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

**j.** L'assuré s'étant opposé à la désignation du Dr I\_\_\_\_\_, la SUVA a finalement confié l'expertise au docteur J\_\_\_\_\_, également spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bureau d'expertise médicales (ci-après : BEM).

**k.** Le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 9 avril 2025. Il a examiné et discuté l'intégralité du dossier médical de l'assuré, comprenant les pièces relatives aux précédents évènements de 2018 et 2022.

Il a retenu les diagnostics suivants :

- en lien de causalité avec l'évènement du 18 septembre 2018 : déchirure du LCA gauche avec status post plastie du LCA le 18 mars 2019 ;

- en lien de causalité avec l'événement du 21 juillet 2022 : status post entorse de grade 2 du ligament latéral externe de la cheville droite ; contusion du genou droit ;
- en lien de causalité avec l'événement du 8 février 2024 : contusion de l'épaule droite et gauche ; entorse bénigne radio-carpienne droite et gauche ; contusion des genoux droit et gauche ;
- sans lien de causalité avec les événements couverts par la SUVA : pieds plats de stade I des deux côtés ; méniscopepathie interne et externe dégénérative du genou gauche ; status post plastie du LCA droit en 2005 avec échec de plastie et développement d'une arthrose fémoro-tibiale interne débutante à modérée ; tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs droite et gauche ; attitude scoliotique levo-convexe thoraco-lombaire, avec courbure compensatrice ; arthrose trapézo-métacarpienne droite débutante ; épicondylite du coude gauche.

S'agissant des deux épaules, l'expert a indiqué, après avoir examiné l'IRM réalisée le 23 juillet 2024 au niveau de l'épaule gauche, complétée par l'arthroscanner du 18 novembre 2024, ainsi que l'IRM de l'épaule droite du 5 décembre 2024, n'avoir retrouvé strictement aucune déchirure transfixiante au niveau de la coiffe des rotateurs, mais avoir constaté un épaissement avec une délamination intratendineuse des tendons sus-épineux, sous-épineux, et du tendon de la longue portion du biceps dans sa gouttière, compatible avec une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs chez un travailleur de force. L'expert a précisé que cela était d'ailleurs cohérent avec l'examen clinique réalisé à l'occasion de cette expertise : il retrouvait des signes de conflit positifs, notamment du côté gauche, avec des douleurs reproductibles à la palpation de la gouttière des deux biceps. Il rejoignait donc la position du Dr F\_\_\_\_\_ dans son appréciation médicale du 11 novembre 2024. Le diagnostic en lien de causalité avec ce troisième événement pour les deux épaules était une contusion des deux épaules, s'inscrivant dans un status antérieur de type dégénératif. Le *statu quo sine* devait être fixé au plus tard à trois mois de l'événement, soit au 8 mai 2024, étant précisé qu'il convenait de prendre en charge les IRM réalisées à but de clarification. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à prévoir.

Concernant les deux poignets, il avait retrouvé, dans les IRM réalisées les 26 et 28 novembre 2024, un petit hypersignal ligamentaire au niveau des articulations radiocarpienne et ulno-carpienne des deux côtés, cohérent avec une entorse bénigne bilatérale à la suite de cette chute en avant avec réception sur les deux mains. Il ne constatait aucune déchirure ligamentaire. Il n'y avait pas d'atteinte des complexes fibrocartilagineux triangulaires (ci-après : TFCC), pas de fracture, pas de lésion chondrale. Les IRM ne révélaient d'ailleurs pas de déchirure, mais seulement un très discret aspect inflammatoire résiduel. Le diagnostic retenu concernant l'événement du 8 février 2024 était ainsi une entorse bénigne radio-carpienne bilatérale, guérissant généralement en un à deux mois. Le *statu quo ante*

était atteint au plus tard deux mois après la réalisation des IRM, soit fin janvier 2025. Ce diagnostic justifiait un arrêt de travail de deux mois au maximum, soit jusqu'au 8 avril 2024.

Au niveau du genou droit, l'expert a constaté que la nouvelle IRM réalisée le 18 juin 2024 était superposable aux précédentes IRM, il n'y a pas de nouvelle lésion. Il y avait toujours cette gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante à modérée, avec cet échec de plastie du LCA. Il ne retrouvait pas de déchirure ligamentaire ou méniscale nouvelle. Dans ces conditions, seule une contusion devait être retenue, s'inscrivant dans un status antérieur de type dégénératif, avec un *statu quo sine* à trois mois de l'événement, soit le 8 mai 2024.

S'agissant enfin du genou gauche, l'IRM réalisée le 3 septembre 2024 montrait une progression de l'atteinte méniscale interne, avec cependant une plastie intègre. Questionnant un éventuel lien de causalité entre la progression de cette méniscopathie interne et cette plastie du LCA qui augmentait le risque d'arthrose à long terme, l'expert a rappelé que l'assuré était obèse avec un BMI à 37, avec un *genu varum* bilatéral, que la première IRM de 2019 ne révélait pas d'atteinte méniscale traumatique et qu'il s'agissait d'une méniscopathie interne dégénérative avec une lésion horizontale. Il a également relevé que cette plastie du ligament croisé antérieur gauche était parfaitement fonctionnelle, qu'il n'y avait pas d'instabilité résiduelle et que la plastie était parfaitement positionnée. Dans ces conditions, avec une vraisemblance prépondérante, l'expert a conclu que l'évolution de ce ménisque interne respectait l'évolution naturelle de cette méniscopathie interne et que ni l'événement de 2024 ni l'événement de 2018 avec cette plastie du LCA n'avaient influé sur son évolution. L'expert a donc reconnu, en lien de causalité avec l'événement du 8 février 2024, une contusion du genou gauche avec un *statu quo sine* à trois mois, c'est-à-dire au 8 mai 2024. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à prévoir.

En termes de cohérence, l'expert a relevé avoir été surpris par l'intensité des plaintes alléguées par l'assuré concernant le genou gauche et l'épaule gauche par rapport aux consommations d'antidouleurs, qui restaient particulièrement faibles. Il avait constaté chez l'assuré des signes de majoration, notamment au testing du Jamar pour la force de préhension : la force augmentait lors des différents essais du Jamar. L'assuré ne s'était pas montré coopératif lors de cette expertise, refusant de répondre à beaucoup de ses questions, malgré les sollicitations et l'aide apportée.

**I.** Dans un courrier du 20 avril 2025, l'assuré a contesté les conclusions du rapport d'expertise, en particulier l'absence de lien entre la chute du 8 février 2024 et l'aggravation de l'état de son genou gauche. Il a soutenu que l'accident avait entraîné une recrudescence importante des douleurs et de la gêne fonctionnelle. Une nouvelle intervention chirurgicale était prévue en mai 2025, comme en attestait le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 17 avril 2025, qu'il joignait à son courrier. Il demandait donc que son opération soit reconnue comme nécessaire et urgente.

Il était toujours en incapacité de travail en raison de son état de santé et n'avait plus perçu aucune indemnité depuis le mois de septembre 2024, ce qui l'avait plongé dans de graves difficultés financières.

**m.** Dans son rapport du 17 avril 2025, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué avoir opéré l'assuré en 2019 d'une reconstruction du LCA, avec traitement d'une lésion méniscale externe, précisant qu'il n'y avait pas de lésion méniscale interne arthroscopique à cette époque sur ce genou gauche. Sur l'IRM de 2024, il existait une lésion méniscale externe notée comme fissuraire par le collègue radiologue, ce qui pouvait expliquer les gênes actuelles.

**n.** Par décision sur opposition du 25 avril 2025, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 29 août 2024. Elle a retenu, à la lumière de l'expertise orthopédique du BEM du 9 avril 2025, que c'était à bon droit qu'elle avait mis fin aux prestations d'assurance au 29 août 2024, étant précisé, au sujet des poignets, que la fin des prestations ne se justifiait pas par un statu quo (en l'absence d'état antérieur), mais par le fait que l'événement du 8 février 2024 avait déjà cessé de déployer ses effets au mois d'avril 2024. S'agissant du genou gauche de l'assuré, le bref rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 17 avril 2025 n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions motivées du Dr J\_\_\_\_\_. En effet, selon ce dernier, la méniscopathie fissuraire interne était bien présente sur les examens de 2019. De plus, sur l'IRM du genou gauche du 8 octobre 2020, interprétée par la Dre E\_\_\_\_\_, l'on retrouvait un hypersignal linéaire horizontal de la corne postérieure du ménisque interne et de la corne postérieure du ménisque latéral, pouvant traduire des fissurations. Selon le Dr J\_\_\_\_\_, ces images existaient déjà sur le précédent examen préopératoire. La SUVA a également relevé que le Dr G\_\_\_\_\_ avait lui-même retrouvé lors de la chirurgie une fissuration partielle du ménisque externe, parfaitement stable, comme cela ressortait de son rapport du 8 décembre 2020. Enfin, en réponse à une question de l'assuré, le Dr J\_\_\_\_\_ avait encore rappelé qu'il était parfaitement possible que les lésions horizontales puissent apparaître sans traumatisme, dans la mesure où il s'agissait de lésions de cisaillement chronique par usure, classique chez un patient présentant une obésité et un *genu varum*, comme cela était le cas chez l'assuré.

- C. a.** Par acte du 4 juin 2025, l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), concluant à ce qu'elle soit réformée, qu'il soit reconnu que l'accident du 8 février 2024 avait continué à produire des effets au-delà du 8 avril 2024, que la SUVA (ci-après également : l'intimée) soit condamnée à prester jusqu'à la stabilisation de son état de santé, et qu'une expertise médicale indépendante soit ordonnée. Selon le recourant, plusieurs rapports médicaux, notamment ceux du Dr G\_\_\_\_\_ des 23 septembre 2024 et 17 avril 2025, confirmaient la persistance de douleurs et limitations fonctionnelles liées à l'accident. Ces éléments n'avaient pas été suffisamment pris en compte.

**b.** Dans sa réponse du 17 juin 2025, la SUVA a conclu au rejet du recours. Le recourant n'alléguait aucun élément nouveau qui n'avait pas déjà été examiné et discuté dans le cadre de la décision entreprise. Le recourant requérait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, en se gardant de faire état de celle déjà réalisée le 9 avril 2025 en procédure d'opposition, et sur laquelle il ne prenait pas même la peine de s'exprimer. Dans ces conditions, la SUVA a indiqué se référer à sa décision sur opposition du 24 avril 2025, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter.

**c.** Par courrier du 19 juin 2025, la chambre de céans a transmis au recourant la copie de la détermination de l'intimée, lui indiquant qu'il avait la possibilité de venir consulter le dossier au greffe.

**d.** Le recourant n'a pas sollicité de consulter le dossier.

**e.** Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

## **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 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.

**1.2** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

### **2.**

**2.1** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

**2.2** Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (art. 82a LPGA *a contrario*).

**3.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA de mettre un terme à sa prise en charge avec effet au 29 août 2024, plus particulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident survenu le 8 février 2024 et les lésions au-delà de cette date.

### **4.**

**4.1** 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 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

**4.2** 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

**4.3** 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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.

Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident, mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

## 5.

**5.1** 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*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 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*) selon 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2).

**5.2** 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.

**5.3** 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), 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

6. 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
7. Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

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 (art. 61 let. c LPG), 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).

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** Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**8.4** 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).

**8.5** En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

---

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**8.6** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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. 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).

11. 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 ; 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 (RS 101 - Cst. ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d).
12. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (*cf.* ATF 133 V 57 consid. 6.8 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).
13. En l'espèce, l'intimée a admis devoir prendre en charge les suites de l'accident du 8 février 2024 conformément à la LAA. Cela étant, elle a mis fin aux prestations d'assurance au 29 août 2024. Dans la décision sur opposition entreprise, elle a confirmé la fin de ses prestations à cette date, s'appuyant sur l'expertise effectuée par le Dr J\_\_\_\_\_, lequel a considéré que l'accident du 8 février 2024 avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 8 mai 2024 s'agissant des atteintes aux épaules et aux genoux droit et gauche, et au plus tard le 8 avril 2024 pour les atteintes aux deux poignets.

Le recourant conteste l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ selon laquelle son état de santé serait stabilisé, soutenant continuer à souffrir de douleurs et de limitations

fonctionnelles liées à l'accident. Il se réfère à cet égard à deux rapports du Dr G \_\_\_\_\_ des 23 septembre 2024 et 17 avril 2025.

**13.1** Il convient ainsi d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise orthopédique du 10 avril 2025, sur lequel l'intimée a fondé la décision entreprise.

**13.1.1** À titre liminaire, la chambre de céans observe que, sur le plan formel, le rapport d'expertise orthopédique du Dr J \_\_\_\_\_ du 10 avril 2025 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ce rapport, établi par un spécialiste indépendant, contient un résumé des différents rapports médicaux du dossier du recourant, une anamnèse, un résumé de ses plaintes, un status orthopédique détaillé et des diagnostics clairs, fondés sur une analyse du dossier et l'examen physique du recourant. Les conclusions de l'expert sont en outre claires, exemptes de contradictions, bien argumentées et apportent des réponses cohérentes aux questions que l'intimée lui a soumises, ainsi qu'aux questions formulées directement par le recourant.

**13.1.2** Sur le fond, l'expert a considéré que les diagnostics en lien de causalité avec l'événement du 8 février 2024 étaient une contusion de l'épaule droite et gauche, une entorse bénigne radio-carpienne droite et gauche ainsi qu'une contusion des genoux droit et gauche. Il a retenu, comme diagnostics sans lien de causalité avec ledit événement, des pieds plats de stade I des deux côtés, une méniscopathie interne et externe dégénérative du genou gauche, un status post plastie du ligament croisé antérieur droit en 2005 avec échec de plastie et développement d'une arthrose fémoro-tibiale interne débutante à modérée, une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs droite et gauche, une attitude scoliotique levo-convexe thoraco-lombaire, avec courbure compensatrice, une arthrose trapézo-métacarpienne droite débutante et une épicondylite du coude gauche.

S'agissant des événements précédents, l'expert a retenu comme diagnostics en lien de causalité avec l'événement du 18 septembre 2018 une déchirure du LCA gauche avec un status post plastie dudit ligament croisé et, en lien de causalité avec l'événement du 21 juillet 2022, un status post entorse de grade 2 du ligament latéral externe de la cheville droite et une contusion du genou droit.

L'expert a enfin retenu que l'état de santé du recourant à la suite de l'accident du 8 février 2024 s'était stabilisé au plus tard le 8 mai 2024 s'agissant des atteintes aux épaules et aux genoux droit et gauche, et au plus tard le 8 avril 2024 pour les atteintes aux deux poignets.

Contestant les conclusions de l'expert sur ce point, le recourant soutient, en se fondant sur les rapports du Dr G \_\_\_\_\_ des 23 septembre 2024 et 17 avril 2025, qu'il souffrirait encore de douleurs et limitations fonctionnelles liées à l'accident. Il allègue également que l'opération de son genou gauche prévue en mai 2025 confirmerait la persistance des séquelles de l'accident.

Dans le rapport du 23 septembre 2024, le Dr G\_\_\_\_\_ a noté, s'agissant du genou droit du recourant, qu'il y avait des signes de chondropathie fémoro tibiale interne ainsi qu'une méniscopathie médiale déjà présente sur les précédentes IRM, de sorte qu'il s'agit selon lui plutôt d'une dégradation arthrosique. Sur ce point, son avis rejoint parfaitement celui de l'expert mandaté par l'intimée.

Concernant le genou gauche, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré qu'il existait une méniscopathie fissuraire relativement vaste, au ménisque interne, qui n'était selon lui pas présente sur les données préopératoires de 2019 lors de la reconstruction de son LCA et que, pour le surplus, il n'y avait pas eu de majoration des lésions du ménisque latéral qui n'étaient que partielles et non-transfixiantes en 2019.

Dans son rapport du 17 avril 2025, le Dr G\_\_\_\_\_ réitère qu'il n'y avait selon lui, en 2019, pas de lésion méniscale interne arthroscopique, alors que l'IRM de 2024 mettait en évidence une lésion méniscale externe notée comme fissuraire, laquelle pouvait expliquer les gênes actuelles.

Pourtant, dans le cadre de son mandat d'expertise, le Dr J\_\_\_\_\_ a attentivement examiné la première IRM du genou gauche du recourant, effectuée le 3 janvier 2019, et constaté la présence d'une méniscopathie interne dégénérative avec lésion de type horizontal ainsi qu'une méniscopathie externe avec extrusion partielle du ménisque externe. Examinant la seconde IRM du même genou, datant du 8 octobre 2020, le Dr J\_\_\_\_\_ a noté la même méniscopathie interne dégénérative, avec fissuration horizontale, précisant qu'elle était d'allure strictement superposable par rapport à l'imagerie de 2019. Il a précisé qu'il ne s'agissait pas d'une lésion méniscale interne aiguë, ce qui était selon lui cohérent avec les constatations opératoires du Dr G\_\_\_\_\_ du 18 mars 2019, celui-ci ayant pratiqué une reconstruction du LCA, sans trouver de lésion méniscale interne réparable.

Il ressort également de la synthèse du dossier figurant dans le rapport d'expertise que le ménisque interne présentait déjà des fissures avant l'événement de 2024. En effet, à teneur d'un rapport d'IRM du genou gauche du 8 octobre 2020, il existait des fissures des cornes postérieures du ménisque médial et latéral, lesquelles, selon le radiologue, existaient déjà sur le précédent examen. Ces fissurations ont également été relevées par le médecin traitant de l'assuré dans un rapport médical du 4 décembre 2020.

Ainsi, contrairement à ce que soutient le Dr G\_\_\_\_\_, il existait déjà une atteinte méniscale interne en 2019, comme cela ressort clairement des constatations de l'expert et du dossier.

En ce qui concerne l'état du genou gauche du recourant en 2024, les deux médecins ont relevé la présence d'une lésion méniscale.

Cela étant, le Dr G\_\_\_\_\_ ne soutient pas que cette lésion serait en lien de causalité avec l'accident, se contentant d'indiquer qu'elle n'aurait pas été présente

en 2019, ce qui, comme susmentionné, est contredit par l'analyse du Dr J \_\_\_\_\_ et par les pièces du dossier.

Contrairement au Dr G \_\_\_\_\_, l'expert a procédé à une analyse dudit lien de causalité après avoir constaté, à l'examen de l'IRM du genou gauche réalisée en 2024, une progression de l'atteinte méniscale interne depuis les examens de 2019.

L'expert a rappelé que le recourant était obèse avec un BMI à 37 et un *genu varum* bilatéral, et que la première IRM de 2019 ne révélait pas d'atteinte méniscale traumatique, puisqu'il s'agissait d'une méniscopathie interne dégénérative avec une lésion horizontale. Il a relevé que cette plastie du LCA gauche était parfaitement fonctionnelle, qu'il n'y avait pas d'instabilité résiduelle et que la plastie était parfaitement positionnée. Ainsi, au vu de ces circonstances, il a conclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'évolution de ce ménisque interne respectait l'évolution naturelle de cette méniscopathie interne et que tant l'événement de 2024 que l'événement de 2018 avec cette plastie du ligament croisé antérieur n'avaient pas influé sur son évolution.

Par ailleurs, répondant aux questions du recourant, qui demandait notamment si une lésion méniscale pouvait apparaître sans traumatisme récent, l'expert a expliqué que les lésions horizontales étaient des lésions de cisaillement chronique par usure, classique chez un patient présentant une obésité et un *genu varum*.

Il a également expliqué que la douleur au niveau du mur méniscal interne gauche, relevée par le chirurgien du recourant, était compatible avec une lésion chronique.

Les explications et conclusions de l'expert sont ainsi claires, dûment motivées et ne prêtent pas le flanc à la critique.

Il découle de ce qui précède que le recourant n'a pas apporté d'éléments de nature à faire douter de la valeur probante du rapport d'expertise sur lequel s'est fondée l'intimée dans la décision querellée, rapport dont les conclusions sont dûment motivées.

Dans ces circonstances, force est de constater que l'expertise est convaincante et qu'aucun élément ne justifie de s'en écarter. Ses conclusions doivent ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante. Partant, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'apparaît pas nécessaire, de sorte qu'il n'y sera pas donné suite par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

**13.1.3** À toutes fins utiles, il convient de relever que le recourant n'a produit aucune pièce visant à remettre en cause les conclusions de l'expert au sujet de ses atteintes aux épaules et aux poignets. Dans son recours, le recourant n'invoque pas qu'il souffrirait encore à ce niveau et il s'est uniquement référé aux rapports du Dr G \_\_\_\_\_ des 23 septembre 2024 et 17 avril 2025 pour justifier la prétendue persistance de douleurs et limitations fonctionnelles liées à l'accident. Or, lesdits rapports ne se prononcent que sur les atteintes aux genoux du recourant.

**13.1.4** Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a considéré que l'accident du 8 février 2024 avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 8 mai 2024 s'agissant des atteintes aux épaules et aux genoux droit et gauche, et au plus tard le 8 avril 2024 pour les atteintes aux deux poignets, et qu'elle a ainsi confirmé la fin aux prestations d'assurance au 29 août 2024, date de sa décision initiale.

**14.** Mal fondé, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> 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

Pascale HUGI

Amélie PIGUET MAYSTRE

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