

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2155/2023

ATAS/262/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 avril 2024

Chambre 15

En la cause

A _____
représenté par CAP Protection Juridique SA, mandataire

recourant

contre

LA VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCE
SA

intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, travaillait depuis le 8 mars 2008 en qualité d'agent auxiliaire auprès de l'entreprise B_____ (ci-après : l'employeur) à un taux d'occupation irrégulier. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la Vaudoise générale compagnie d'assurance SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

b. Le 5 décembre 2021, l'assuré a été victime d'un accident du travail. Dans la déclaration de sinistre complétée le 15 décembre 2021 par son employeur, l'assuré a décrit son accident comme suit : « j'ai fait un « faux mouvement » en glissant pendant une ronde de contrôle à cause de l'eau qu'il y avait par terre après la pluie. J'ai senti un étirement et une petite douleur derrière le genou gauche mais comme ce n'était pas trop je n'ai pas fait attention et je suis allé me poser au centre de contrôle pour la suite. Vers midi je suis parti de nouveau pour une ronde mais à ce moment-là une douleur de plus en plus forte m'a fait retourner au bureau. Juste avant d'arriver j'ai senti un craquement derrière le genou et il m'a été impossible de marche à partir de ce moment-là. Les collègues m'ont amené une chaise roulante pour m'amener au bureau et ensuite à la voiture avec laquelle ma famille est venue me chercher pour me conduire aux urgences de l'Hôpital de La Tour. Depuis je suis parti avec une attelle et des béquilles ».

c. Le 16 décembre 2021, la Vaudoise a reçu :

- la déclaration d'accident du 15 décembre 2021 de l'assuré ;
- un certificat médical du 5 décembre 2021 de la docteure C_____, médecin interne à l'Hôpital de la Tour, indiquant que l'assuré présentait une incapacité de travail complète du 5 décembre au 12 décembre 2021 ;
- un certificat médical du 9 décembre 2021 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, spécialisé en médecine du sport à l'Hôpital de la Tour, prescrivant à l'assuré un arrêt de travail à 100% dès le 10 décembre 2021 ;
- un certificat médical du 15 décembre 2021 du Dr D_____ faisant état d'une incapacité de travail complète de l'assuré pour la période du 16 au 26 décembre 2021, et d'une reprise du travail à un taux de 100% dès le 27 décembre 2021.

d. La Dre C_____, qui a prodigué les premiers soins à l'assuré le 5 décembre 2021, a établi le rapport initial LAA daté du 30 décembre 2021. Il en ressortait que l'assuré avait effectué un faux mouvement avec rotation du genou. La présence d'une impotence fonctionnelle et d'une douleur au niveau du creux poplité du genou gauche avait été relevée. L'état général de l'assuré était bon. À la question de savoir s'il existait des circonstances particulières pouvant influencer

de manière défavorable le processus de guérison, comme des maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, la Dre C_____ a répondu par la négative. Le test de McMurray s'était révélé positif et cette constatation s'avérait plausible et concordait avec l'événement invoqué par l'assuré. La Dre C_____ a retenu le diagnostic de « probable lésion du ménisque interne » et a proposé une immobilisation par attelle ainsi qu'un suivi en médecine du sport.

e. Selon deux décomptes des 16 décembre 2021 et 14 janvier 2022 adressés à l'employeur, la Vaudoise a versé des indemnités journalières pour le compte de l'assuré pour les périodes du 8 au 9 décembre 2021 et du 16 au 26 décembre 2021.

f. L'assuré a repris son activité professionnelle le 27 décembre 2021.

g. Dans un rapport médical du 5 janvier 2022, le Dr D_____ a indiqué avoir examiné l'assuré le 9 décembre 2021 en raison de la persistance de ses douleurs suite à la torsion de son genou gauche. L'examen clinique avait révélé une absence d'épanchement, un test de McMurray positif ainsi qu'une vive douleur à la palpation du ménisque interne. Le Dr D_____ avait alors posé le diagnostic d'une « entorse versus déchirure du ménisque interne » et ordonné un repos relatif avec un arrêt de travail jusqu'au 26 décembre 2021. Par la suite, l'assuré avait repris le travail avec une gêne persistante du compartiment interne. Le Dr D_____ avait revu l'assuré le 5 janvier 2022, à quatre semaines du traumatisme, l'examen clinique « parlant toujours en faveur d'une lésion du ménisque interne », raison pour laquelle le Dr D_____ avait organisé une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM).

h. Le 12 janvier 2022, l'IRM du genou gauche a été réalisée. Dans son rapport médical du même jour au sujet de cet examen, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine nucléaire et en radiologie à l'Hôpital de la Tour, a notamment décrit une « ONA » (NDR : « ostéonécrose aseptique ») organisée et étendue dans le condyle fémoral interne caractérisée par une lame de liquide sous-condrale millimétrique accompagnée d'un méplat cortical focal et entourée de sclérose et d'une anomalie de signal œdémato-cicatricielle au sein de laquelle était mis en évidence un hyposignal linéaire arciforme (8 mm de longueur) correspondant à une « microfracture / impaction de travées spongieuses » ; une absence d'autre lésion osseuse circonscrite ; une discrète tuméfaction et une anomalie de signal de grade 2 de la corne postérieure du ménisque interne accompagnée d'un amincissement de son attache tibiale sans « déplacement / (sub)luxation du corps méniscal » ; une lame d'épanchement articulaire ; un kyste de Baker multiloculaire.

i. En réponse à une demande de renseignements de la Vaudoise, le Dr D_____ a indiqué, dans un courrier du 8 mars 2022, avoir revu l'assuré le 5 janvier 2022 et avoir dénoté une aggravation des plaintes de celui-ci, ainsi qu'une difficulté de plus en plus marquée à vaquer aux tâches professionnelles. Le Dr D_____ a expliqué avoir pratiqué une IRM du genou gauche de l'assuré qui avait montré un

important œdème osseux témoignant d'une très probable contusion osseuse. Il avait revu l'assuré le 7 février 2022 et l'examen clinique avait révélé un discret épanchement intra-articulaire et des douleurs à la palpation du condyle fémoral interne. L'assuré devait passer un nouvel examen d'IRM après trois mois et poursuivre l'utilisation des cannes.

j. Le 25 avril 2022, une nouvelle IRM a été réalisée par la Docteure F_____, spécialiste FMH en radiologie à l'Hôpital de la Tour. Dans un rapport du 26 avril 2022 au sujet de cet examen, la Dre F_____ a constaté une évolution de l'ostéonécrose aseptique en zone portante condylienne fémorale médiale et a retenu une indication de l'évolution de la nécrose aseptique à trois mois. Elle a également décrit une augmentation de l'œdème épiphysio-métaphysaire condylien fémoral médial ; une perte de la sphéricité articulaire condylienne fémorale médiale avec augmentation de l'affaissement de surface et l'apparition de formation géodique sous-corticale ; une apparition d'un œdème épiphysio-métaphysaire tibial médial ; une chondropathie débutante ulcéreuse fémoro-tibiale médiale ; une persistance de la méniscopathie fissuraire extrudée avec bursite superficielle et profonde du ligament collatéral médial ; une incorporation en cours de l'image de type coquille d'œuf à l'os sous-jacent ; une augmentation de l'épanchement articulaire avec signes de synovite ; un kyste de Baker cloisonné septalisé remanié de 10 cm de hauteur.

k. Le 15 août 2022, une nouvelle IRM a été réalisée. À la suite de cet examen, la Dre F_____, dans son rapport du 16 août 2022, a retenu une indication d'un bilan d'une ostéonécrose condylienne fémorale médiale. En comparant avec l'examen IRM antérieur, la Dre F_____ a retrouvé une ostéonécrose condylienne fémorale médiale. Elle a conclu à une péjoration du *status* IRM, une accentuation de la délamination de type coquille d'œuf sous-corticale avec scléro-microgéodes et œdème spongieux en regard, une extrusion méniscale médiale (le ménisque étant globuleux et générant un effet de masse sur le ligament collatéral médial) ainsi qu'un épanchement articulaire.

l. Dans un rapport de consultation du 31 août 2022, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgien du genou à l'Hôpital de la Tour, a indiqué avoir reçu en consultation l'assuré après une chute en décembre 2021 avec un mouvement « d'entorse flexion forcée ». L'IRM réalisée à la suite du traumatisme au genou gauche avait mis en évidence une fracture sous-chondrale du condyle fémoral interne. Malgré une prise en charge de l'assuré, l'évolution était défavorable et la fracture sous-chondrale avait présenté un important œdème et une nécrose du condyle fémoral. Un bilan récent par IRM mettait en évidence cette nécrose avec un effondrement du condyle fémoral interne. L'examen clinique avait révélé un épanchement modéré et une douleur extrême suite à la palpation du versant médical du genou gauche de l'assuré. Compte tenu de l'évolution défavorable et de sa limitation fonctionnelle de plus en plus importante, l'assuré avait donné son

accord pour la mise en place d'une prothèse totale, conformément aux recommandations du Dr G_____. L'assuré était immunosupprimé suite à une greffe rénale et anticoagulé par de l'Eliquis 2,5 mg, deux fois par jour, depuis des épisodes de thrombose et d'embolie pulmonaire.

m. Une nouvelle déclaration d'accident complétée par l'employeur le 30 septembre 2022, indiquait la persistance des douleurs malgré les soins que l'assuré avait reçus et qu'une opération du genou était envisagée le 10 octobre 2022, avec un arrêt de travail depuis ce jour pour une durée inférieure à un mois.

n. Le dossier de l'assuré a été soumis au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Vaudoise (ci-après également : le médecin-conseil). Après analyse du dossier et sans avoir examiné l'assuré, le médecin-conseil a rempli un questionnaire d'appréciation, qu'il a rendu le 4 octobre 2022 à la Vaudoise indiquant qu'une prothèse totale du genou était prévue pour le 10 octobre 2022, que le diagnostic du médecin traitant était une nécrose du condyle fémoral interne et qu'aucun antécédent n'était connu.

Le Dr H_____ a posé le diagnostic d'entorse bénigne du genou gauche. À la question de savoir s'il existait une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, il a répondu par l'affirmative, précisant qu'il s'agissait d'une lésion corporelle de type ligamentaire qui n'était pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Il a également indiqué qu'il existait des éléments étrangers à l'événement, soit une nécrose du condyle fémoral interne du genou gauche, une greffe rénale, une immunosuppression, une anticoagulation par Eliquis pour « TVP » (NDR : probablement « thrombose veineuse profonde ») et embolies pulmonaires, ainsi qu'une surcharge pondérale (112 kg). Les troubles actuels de l'assuré étaient en relation de causalité de façon seulement possible avec l'événement concerné. L'IRM du 12 janvier 2022 était typique d'une nécrose du condyle fémoral interne, dès lors qu'une fracture ostéochondrale aurait eu comme conséquence un épanchement intra articulaire et se serait retrouvée latéralement alors que, dans le cas de l'assuré, la lésion se trouvait en « zone de charge » et les radiographies standards de deux genoux du 15 décembre 2021 ne démontraient pas de fracture ni d'épanchement intra articulaire. Les radiographies avaient été réalisées pour les deux genoux avec un bilan, ce qui correspondait à des investigations de douleurs chroniques de genou et non pas des douleurs aiguës, auquel cas seule une radiographie du genou concerné aurait été effectuée. Il existait des facteurs généraux favorisant le développement d'une ostéonécrose, soit l'immunosuppression, la prise probable de corticoïdes et la surcharge pondérale. Dans son rapport initial, le Dr D_____ avait par ailleurs retenu le diagnostic de nécrose du condyle fémoral interne. L'origine malade de cette nécrose du condyle fémoral interne du genou gauche était probable, voire certaine. La nécrose avait été confirmée par l'IRM de janvier 2022. Il n'y avait pas de signe de lésion traumatique et il s'agissait d'un état maladif. La date de l'IRM de janvier 2022 pouvait être considérée comme celle du *status quo sine* d'une entorse

bénigne du genou qui guérissait normalement après 4 à 6 semaines. L'intervention de la prothèse totale de genou n'était dès lors pas en lien de causalité avec l'événement annoncé par l'assuré.

B. a. Par décision du 6 octobre 2022, la Vaudoise a mis fin aux prestations avec effet au 13 janvier 2022, limitant le paiement des frais encourus par l'assuré jusqu'au 12 janvier 2022. En se référant à l'avis de son médecin-conseil, la Vaudoise a conclu que l'examen du dossier médical de l'assuré, plus particulièrement l'examen par imagerie du 12 janvier 2022, ne démontrait pas l'existence d'un lien de causalité suffisant entre l'événement du 5 décembre 2021 et les troubles que présentait l'assuré à son genou gauche et permettait d'exclure la présence d'une quelconque atteinte traumatique. Il convenait de retenir que ses lésions étaient d'origine malade et indépendantes de l'événement précité.

b. Le 10 octobre 2022, le Dr G_____ a adressé un courrier à la Vaudoise par lequel il a indiqué ne pas partager les conclusions du Dr H_____. L'assuré exerçait une activité professionnelle nécessitant de marcher plus de 12'000 pas quotidiennement. Il ne s'était jamais plaint de son genou jusqu'au jour de son accident. Une douleur et une impotence fonctionnelle étaient apparues dans les suites immédiates de sa chute. L'assuré avait rapidement consulté mais les examens complémentaires n'avaient été effectués que le 12 janvier 2022 afin de se déterminer sur la douleur persistante de l'assuré depuis un mois. L'IRM avait mis en évidence une fracture sous-chondrale, associée à des signes de souffrance osseuse, qui s'était aggravée d'une ostéonécrose. En dehors de la région de fracture sous-chondrale, l'IRM montrait un genou en très bonne condition sans remaniement dégénératif. Un traitement conservateur avait été tenté sur plusieurs mois, sans toutefois résoudre la symptomatologie douloureuse. La mise en place d'une prothèse totale de genou devait permettre à l'assuré de récupérer sa fonction et d'exercer à nouveau son activité professionnelle. N'ayant jamais présenté de symptomatologie jusqu'à sa chute, le traumatisme de l'assuré était à l'origine de la fracture sous-chondrale. L'assurance-accident devait prendre en charge les frais médicaux liés à son traitement chirurgical.

c. Le 22 octobre 2022, une prothèse complète du genou gauche de l'assuré a été posée par le Dr G_____.

d. Le 28 octobre 2022, représenté par sa protection juridique, l'assuré a fait opposition à la décision du 6 octobre 2022 de la Vaudoise contestant la fin de la prise en charge au-delà du 12 janvier 2022 de tous les frais médicaux liés aux traitements et soins suite à l'événement du 5 décembre 2021. Les conditions de la notion d'accident au sens de la loi étaient remplies et l'avis du médecin-conseil de la Vaudoise était dénué de valeur probante. Se référant à l'avis du Dr G_____ du 10 octobre 2022, il convenait de conclure que l'accident survenu le 5 décembre 2021 constituait l'unique cause juridiquement déterminante de ses dommages.

e. Par courrier du 12 décembre 2022, l'assuré a complété son opposition en maintenant celle-ci, persistant dans ses conclusions prises dans son opposition du 28 octobre 2022 et faisant siennes les conclusions du Dr G_____ formulées dans le courrier du 10 octobre 2022. L'assuré a souligné la divergence d'avis entre les Drs G_____ et H_____, contestant notamment l'appréciation de ce dernier qui n'avait nullement tenu compte de son dossier et de l'avis médical du Dr G_____. L'instruction de son dossier n'ayant pas été effectuée correctement par la Vaudoise, l'assuré a sollicité l'avis d'un expert neutre pour se déterminer sur l'ensemble des troubles dont il a souffert depuis son accident du 5 décembre 2021.

f. Le 16 mai 2023, la Vaudoise a soumis l'opposition du 28 octobre 2022, le courrier du 10 octobre 2022 du Dr G_____ ainsi que l'ensemble du dossier de l'assuré au Dr H_____, lui demandant de se déterminer. Dans son appréciation du 16 mai 2023, le médecin-conseil a contesté un certain nombre d'éléments relevés par le Dr G_____. Le nombre de pas quotidiens de l'assuré (12'000 selon le Dr G_____) traduisait une surcharge possible du genou. Le Dr G_____ mentionnait que l'assuré avait fait « une chute » alors que la déclaration d'accident mentionnait un « faux mouvement » en glissant. Une fracture ostéochondrale pouvait certes survenir à la suite d'une chute mais une telle fracture se produisait généralement après un mécanisme qui développait une certaine énergie, telle qu'une chute d'une hauteur de deux mètres ou un mécanisme de torsion avec une certaine violence, telle qu'une chute à ski. Dans le cas de l'assuré, le « faux mouvement » qu'il avait décrit représentait un mécanisme à faible énergie, peu susceptible de provoquer une fracture. Le Dr G_____ a mentionné que les examens n'avaient été faits qu'un mois après l'événement. Or, en cas de fracture autour du genou, les plaintes étaient généralement très importantes et les examens complémentaires (IRM ou CT-Scan) étaient généralement effectués assez rapidement après le traumatisme. En revanche, en cas d'atteinte non traumatique, l'urgence des investigations était relative. Les examens initiaux du 5 décembre 2021 concernaient les deux genoux, ce qui se faisait généralement dans le cadre de plaintes chroniques. Sur la base des images de l'IRM du 12 janvier 2022, il pouvait être constaté que l'atteinte ne concernait que « la zone de charge du condyle fémoral interne avec une lésion cartilagineuse à l'emporte-pièces et un œdème en-dessous de la lésion ». Cette image était typique d'une nécrose et non pas d'une fracture. L'aspect à l'IRM d'une fracture montrait généralement un œdème beaucoup plus important de la zone concernée. La présence d'un œdème osseux se retrouvait tant dans des lésions dégénératives que dans des lésions traumatiques. L'interprétation faite par le Dr G_____ n'était pas exhaustive dans la mesure où elle ne tenait pas compte de certains éléments pouvant orienter le diagnostic : une fracture aurait eu pour conséquence « une image en miroir » sur le plateau tibial interne, un important épanchement intra articulaire ainsi qu'un fragment ostéocartilagineux « à l'emporte-pièce », ce qui n'était pas le cas de l'assuré. Le suivi de sa lésion avait été faite par deux IRM successives, ce qui se faisait généralement dans le suivi d'une ostéonécrose, alors qu'une fracture était

généralement contrôlée par de simples radiographies standards, voire par un CT-scan. L'affirmation du Dr G_____ sur le fait que le reste du genou ne présentait pas de lésion n'était pas « parfaitement exacte », dans la mesure où l'on retrouvait une lésion d'allure dégénérative du ménisque interne et ce, notamment dans la corne postérieure, ainsi qu'un kyste poplité, qui traduisait un phénomène chronique. Le fait que l'assuré ne présentait pas de plainte du genou gauche avant l'événement du 5 décembre 2021 n'était pas en contradiction avec la présence d'un état maladif, un tel état ayant été révélé par le faux mouvement. Le Dr G_____ n'avait pas mentionné les comorbidités de l'assuré qui favorisaient l'apparition d'une ostéonécrose, soit l'obésité, le *status* après la greffe rénale et le traitement par immunosuppression.

Le Dr H_____ a maintenu sa proposition de *status quo sine* au 12 janvier 2022.

g. Par décision du 25 mai 2023, la Vaudoise a rejeté l'opposition de l'assuré. Renvoyant aux avis de son médecin-conseil, elle a conclu que les problèmes d'origine malade de l'assuré expliquaient à eux seuls ses plaintes ainsi que le traitement médical dont il a nécessité, de sorte que l'accident du 5 décembre 2021 n'a joué aucun rôle dans ce contexte au-delà du 12 janvier 2022. La prise de position du Dr H_____ étant fiable et pertinente, la réalisation d'une expertise ne se justifiait pas. La Vaudoise a également relevé que l'argument du Dr G_____ de déduire que des troubles étaient consécutifs à un accident parce qu'ils étaient survenus après un accident constituait un raisonnement impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé.

- C. a.** Par acte du 28 juin 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, préalablement, à la comparution personnelle des parties et à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire et, principalement, à son annulation et à la condamnation de la Vaudoise à prendre en charge tous les frais médicaux relatifs aux traitements et soins de son genou gauche, et plus particulièrement à partir du 12 janvier 2022, sous suite de frais et dépens.

À l'appui de sa position, il a fait valoir qu'au vu des avis divergents des médecins et de l'instruction lacunaire de l'intimée, qui s'est fondée uniquement sur l'avis de son médecin-conseil, il convenait d'ordonner une expertise pour déterminer le lien de causalité entre les atteintes liées à son genou gauche et son accident du 5 décembre 2021. Les conclusions du Dr H_____ étaient contestées et il convenait de reconnaître au rapport du Dr G_____ une pleine force probante. L'événement du 5 décembre 2021 devait être considéré comme un accident qui était propre à entraîner les troubles à son genou gauche, de sorte que le lien de causalité naturelle et adéquate devait aussi être admis. Par conséquent, l'intimée devait prendre en charge les traitements pour les atteintes à son genou gauche, et notamment l'intervention chirurgicale de la mise en place de la prothèse totale de genou.

b. Par courrier du 13 juillet 2023, le recourant a produit par-devant la chambre de céans un rapport du 28 juin 2023 du Dr G_____. Ce dernier a indiqué avoir effectué l'intervention chirurgicale du 22 octobre 2022 sur le recourant. Le Dr G_____ a rappelé que le recourant marchait de manière habituelle sur de très longues distances à son travail sans présenter de douleurs. À la suite d'une glissade avec entorse du genou, il s'est retrouvé impotent du membre inférieur, nécessitant un déplacement en chaise roulante. Concernant les causes qui avaient pu mener à l'état préopératoire du recourant, les radiographies du genou gauche effectuées suite à son entorse ne montraient aucun signe d'atteinte dégénérative et aucun signe évident de fracture. Devant l'évolution défavorable, une IRM avait été effectuée plus d'un mois après le traumatisme, soit en janvier 2022, et avait mis en évidence une lésion ostéochondrale du condyle fémoral. Cette lésion avait pu survenir suite à cette entorse. Un traumatisme par rotation pouvait entraîner une lésion ostéocartilagineuse telle que visualisée sur l'IRM. Cette lésion ne pouvait pas être visualisée sur les radiographies standards effectuées après le traumatisme. En revanche, ces radiographies auraient dû montrer si une atteinte dégénérative existait, or, elles ne montraient aucune composante dégénérative préexistante sur le genou gauche. Vu la chronologie des événements et l'état fonctionnel du recourant antérieur à cet accident, il était tout à fait clair que les symptômes et l'imagerie du patient allaient dans le sens d'une lésion ostéochondrale post traumatique qui avait évolué défavorablement et n'avait pu être résolue que par une prise en charge chirurgicale visant à la mise en place d'une prothèse totale de genou.

c. Par réponse du 4 août 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. À l'appui de sa position, elle a versé à la procédure un bordereau de pièces comprenant toutes les pièces du dossier du recourant, dont une appréciation du Dr H_____ du 25 juillet 2023 après une troisième analyse du dossier dans son intégralité, qu'elle a entièrement repris dans le cadre de sa réponse.

Dans ce rapport, le Dr H_____ a relevé que, dans l'avis complémentaire du Dr G_____ du 28 juin 2023, ce dernier reconnaissait clairement qu'il n'y avait pas de lésion traumatique. Le médecin-conseil a expliqué que si une telle lésion existait, un « épanchement avec classiquement un niveau hydro lipidique » aurait été « généralement visible » sur les radiographies standards, ce qui n'était pas le cas du recourant. L'examen clinique du Dr D_____ du 9 décembre 2021 et l'IRM du 12 janvier 2022 démontraient également l'absence d'épanchement. L'IRM montrait aussi une lésion ostéochondrale. Il ressortait du dossier médical du recourant que le diagnostic retenu était celui de « ONA », signifiant une ostéonécrose aseptique du condyle fémoral interne, soit une lésion dégénérative, qui ne pouvait se développer en quelques semaines à la suite d'un traumatisme. Le Dr G_____ lui-même avait retenu dans son rapport du 31 août 2022 « le diagnostic de nécrose du condyle fémoral interne avec effondrement de celui-ci » et ne parlait pas de fracture ostéochondrale. De plus, une lésion ostéochondrale ne

pouvait que difficilement se voir sur des radiographies standards. Or, selon les radiographies du 15 décembre 2021, il se trouvait une irrégularité de densité du condyle fémorale interne sur l'incidence de profil, qui laissait supposer la présence d'une lésion intra osseuse condylienne fémorale. L'IRM était l'examen de choix pour poser le diagnostic de nécrose osseuse. Le Dr G_____ n'avait pas affirmé que cette lésion était la conséquence de l'événement annoncé, celui-ci ayant simplement indiqué que « cette lésion ostéocondrale a pu survenir suite à cette entorse », sans toutefois l'affirmer. Le Dr G_____ n'avait pas démontré que la lésion était traumatique mais avait simplement indiqué que les symptômes s'étaient développés à la suite de l'événement annoncé, ce qui ne démontrait pas le lien de causalité. Pour toutes ces raisons, le Dr H_____ a constaté qu'il n'avait pas de nouveaux éléments permettant de modifier ses appréciations précédentes de sorte qu'il a maintenu sa proposition de *status quo sine* au 12 janvier 2022.

Se basant sur les rapports de son médecin-conseil, l'intimée a conclu qu'il apparaissait clairement que la lésion au genou gauche du recourant devait être considérée comme exclusivement dégénérative et que l'entorse du genou en lien avec l'événement du 5 décembre 2021 devait être considérée comme guérie au 12 janvier 2022 au plus tard. La prise de position du Dr _____ ne laissait subsister aucun doute sur la fiabilité et la pertinence de l'avis du Dr H_____, de sorte que la réalisation d'une expertise ne se justifiait pas. L'intimée a estimé avoir respecté son devoir d'instruction.

d. Par réplique du 23 août 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a rappelé que le Dr G_____ était un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgien du genou et que ses rapports étaient clairs et détaillés, de sorte qu'il convenait de leur accorder pleine valeur probante. Conformément aux rapports du Dr G_____, le lien de causalité naturelle entre l'accident et la lésion de son genou gauche était évidente.

e. Par duplique du 31 août 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions, renvoyant à ses précédentes écritures.

f. 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 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 Le 1^{er} janvier 2021 est entré en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours ayant été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

1.4 La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur nouvelle teneur.

1.5 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.

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations pour accident au-delà du 12 janvier 2022, en particulier de savoir si l'événement du 5 décembre 2021 n'est plus la cause des troubles au genou gauche du recourant postérieurement au 12 janvier 2022.

- 3.

3.1 L'art. 6 LAA règle les cas d'octroi des prestations d'assurance.

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

Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; cf. ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

3.1.2 Selon l'art. 6 al. 2 LAA, 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 déboitements 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).

3.1.3 Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (cf. ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la

question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

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

3.1.4 À cet égard, la question de savoir si le recourant a présenté une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, comme indiqué par le médecin-conseil, peut demeurer ouverte dans la mesure où il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 5 décembre 2021 était constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, la cause devant ainsi être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA comme le prévoit la jurisprudence précitée.

3.2 À teneur de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). L'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie et l'hôpital ou l'établissement de cure dans lequel il veut se faire soigner (al. 2). Le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile (al. 3).

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'événement 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. 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).

3.3.2 En relation avec les art. 10 LAA (droit au traitement médical) et 16 LAA (droit à l'indemnité journalière), l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle. Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.1.1).

3.3.3 Selon la jurisprudence, les causes pertinentes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA comprennent également les circonstances dans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Une atteinte traumatique dommageable fonde ainsi un droit aux prestations d'assurance même lorsque sans l'événement assuré, le dommage serait survenu tôt ou tard et qu'ainsi, l'accident constitue la condition *sine qua non* uniquement pour ce qui concerne le moment de la survenance du dommage. En revanche, la situation est différente si l'accident ne constitue qu'une cause occasionnelle ou fortuite – qui rend manifeste un risque présent qui aurait pu se produire à tout moment – et qu'il est dépourvu de toute portée propre d'un point de vue causal (arrêts du Tribunal fédéral 8C_337/2016 du 7 juillet 2016 consid. 4.1.1 ; U 413/05 du 5 avril 2017 consid. 4.2 ; Doris VOLLENWEIDER, Andreas BRUNNER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 19 ad art. 36 LAA).

3.3.4 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).

3.3.5 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.

3.4 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.

3.4.1 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 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

À cet égard, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt récent qu'à supposer l'implication chez l'assuré de troubles dégénératifs préexistants, si leur origine exclusivement maladie n'a pas été établie, même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (arrêt du Tribunal fédéral 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 4.3.1.1).

4.

4.1 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).

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

4.3 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).

4.3.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

4.3.2 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

4.3.3 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

4.3.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

- 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 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).

6.

6.1 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).

6.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a précisé qu'avant que la question du fardeau de la preuve ne se pose, les faits doivent être clarifiés correctement et complètement dans le cadre du principe inquisitoire de l'assureur-accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_379/2023 du 9 janvier 2024 consid. 4.3.2).

7.

7.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

7.2 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8. En l'espèce, la décision litigieuse met fin aux prestations avec effet au 13 janvier 2022, singulièrement au paiement des frais encourus par le recourant après le 12 janvier 2022, incluant l'opération chirurgicale de la mise en place de la prothèse totale de son genou gauche du 22 octobre 2022.

Il convient d'examiner si l'intimée pouvait considérer valablement que les troubles liés au genou gauche du recourant n'étaient plus dus à l'accident du 5 décembre 2021 à compter du 13 janvier 2022 et, par conséquent, de nier la prise en charge de frais médicaux au-delà du 12 janvier 2022.

8.1 La chambre de céans retient que l'intimée s'est entièrement fondée sur les appréciations de son médecin-conseil, le Dr H_____, ce dernier ayant examiné l'entier du dossier de l'intimée ainsi que les différents rapports du Dr G_____ qui ont été versés au dossier sans avoir procédé à l'examen clinique du recourant.

Sur cette base, l'intimée a conclu à l'absence d'un lien de causalité suffisante entre l'événement du 5 décembre 2021 et les troubles du genou gauche du recourant à compter du 13 janvier 2022, au motif qu'il n'existait pas d'atteinte traumatique et que les lésions étaient d'origine malade. Selon l'intimée, la prise de position du Dr G_____ ne laisse pas subsister de doutes sur la fiabilité et la pertinence des conclusions du Dr H_____, dans la mesure où elle se limite uniquement à énumérer la chronologie des faits sans apporter de réels éléments de nature médicale qui puissent rendre vraisemblable l'existence d'un lien de causalité probable entre l'événement et les troubles au genou gauche après le 12 janvier 2022.

Le recourant conteste cette appréciation et soutient, en se fondant sur l'avis du Dr G_____, son orthopédiste-traitant, que l'événement du 5 décembre 2021 doit être considéré comme un accident propre à entraîner les troubles de son genou gauche, de sorte qu'il incombe à l'intimée de prendre en charge les traitements pour les atteintes de son genou gauche au-delà du 12 janvier 2022, et notamment l'intervention chirurgicale de la mise en place de la prothèse totale du genou gauche. Il estime que l'instruction est lacunaire, aucune instruction complémentaire n'ayant été entreprise à la suite des avis divergents des Drs H_____ et G_____. Selon le recourant, il faut reconnaître une pleine force probante aux appréciations du Dr G_____ qui sont claires et dont les conclusions sont motivées.

8.2 Il convient d'examiner la valeur probante des rapports médicaux du Dr H_____ sur lesquels se base entièrement l'intimée pour rendre sa décision litigieuse.

8.2.1 Le Dr H_____ considère que, à la suite de l'accident du 5 décembre 2021, le recourant a subi une entorse bénigne du genou gauche qui devait être considérée comme guérie au 12 janvier 2022 au plus tard. Les troubles au genou gauche postérieurs à cette date sont d'origine malade, ce qu'il motive par le fait qu'il existe des éléments étrangers à l'événement, notamment une nécrose du condyle fémoral interne gauche, et qu'il n'existe pas de signes de lésions traumatiques (cf. appréciation du 4 octobre 2022 du Dr H_____).

8.2.2 Il convient de relever l'absence de précision et de clarté de certains éléments soulevés par le médecin-conseil dans ses différents avis médicaux ainsi que plusieurs incohérences mettant en doute la fiabilité de ses conclusions.

Tout d'abord, dans ses différents rapports médicaux, le Dr H_____ a expliqué les raisons pour lesquelles il ne saurait conclure à une fracture ostéocondrale. Parmi ces raisons, il cite l'argument selon lequel il n'existe pas d'épanchement articulaire,

dont la présence aurait témoigné en faveur d'une fracture. Or, cet argument est contredit par les pièces du dossier. Tout d'abord, les rapports des Drs E_____ et F_____, qui se réfèrent aux IRM des 12 janvier, 25 avril et 15 août 2022 et qui ne sont pas discutés par le médecin-conseil, dénotent la présence d'un épanchement au genou gauche. En effet, à la suite de l'IRM du 12 janvier 2022, le Dr E_____ observe une lame d'épanchement articulaire (cf. rapport médical du 12 janvier 2022 du Dr E_____). Quant à la Dre F_____, après l'observation des images des IRM des 25 avril et 15 août 2022, elle fait état d'une augmentation de l'épanchement articulaire (cf. rapports médicaux des 26 avril et 16 août 2022 de la Dre F_____). Un épanchement intra-articulaire est également décelé par le Dr D_____ lors de l'examen clinique du recourant du 7 février 2022 (cf. rapport médical du 8 mars du Dr D_____). Cette assertion n'est pas discutée par le Dr H_____, qui prend uniquement en compte la conclusion faite dans le rapport du 5 janvier 2022 par le Dr D_____, qui n'avait pas décelé d'épanchement lors de l'examen clinique du 9 décembre 2021 (cf. appréciation du 25 juillet 2023 du Dr H_____ ; rapport médical du 5 janvier 2022 du Dr D_____).

Le médecin-conseil estime en outre qu'en cas de fractures autour du genou, les plaintes sont généralement très importantes et les examens complémentaires, tels qu'un CT-Scan ou une IRM, sont effectués assez rapidement après le traumatisme, sous-entendant que tel n'était pas le cas du recourant. Or, il apparaît que des radiographies standards ont été effectuées sur le recourant le 15 décembre 2021, soit 10 jours après l'événement (cf. appréciation du 4 octobre 2022). Le recourant a en outre fait état de « douleur de plus en plus forte » suite à son faux mouvement et d'une incapacité à se mouvoir (cf. déclaration d'accident du 15 décembre 2021). Par ailleurs, la Dre C_____ a retenu une impotence fonctionnelle et une douleur au niveau du creux poplité gauche (cf. rapport initial LAA du 30 décembre 2021 de la Dre C_____). Le Dr G_____ a également relayé l'état d'impotence et de douleur du recourant dans les suites immédiates de l'événement du 5 décembre 2021 (cf. rapports médicaux du 10 octobre 2022 et du 28 juin 2023 du Dr G_____). Le Dr D_____ a indiqué avoir examiné le recourant le 9 décembre 2021, soit quatre jours après l'incident, en raison de la persistance de ses douleurs et a dénoté une vive douleur à la palpation du ménisque interne (cf. rapport du 5 janvier 2022 du Dr D_____). Par conséquent, les médecins ayant examiné le recourant font tous état d'importantes plaintes ainsi que d'une situation d'impotence, ce que le médecin-conseil ne semble pas avoir pris en compte dans ses différentes appréciations médicales.

Le médecin-conseil indique par ailleurs que l'aspect à l'IRM d'une fracture montre généralement un œdème beaucoup plus important de la zone concernée, bien qu'un œdème osseux puisse se trouver tant dans des lésions dégénératives que dans des lésions traumatiques. Or, le Dr D_____ a observé un important œdème osseux sur l'IRM du 12 janvier 2022 (cf. rapport médical du 8 mars 2022 du

Dr D_____) et la Dre F_____ a fait état d'une augmentation de l'œdème épiphyso-métaphysaire (cf. rapport du 26 avril 2022 de la Dre F_____).

De plus, le Dr H_____ parvient à la conclusion que le recourant n'a pas souffert d'une fracture à la suite de son accident du 5 décembre 2021 mais d'une entorse qui aurait guéri après plusieurs semaines, de sorte que seule l'ostéonécrose du condyle fémoral interne du genou gauche subsiste, l'origine malade de celle-ci étant probable, voire certaine, notamment en raison de l'existence de plusieurs facteurs extérieurs. Il s'appuie sur l'IRM du 12 janvier 2022 qui met en évidence l'ostéonécrose et retient cette date comme celle du *status quo sine* de l'entorse bénigne du genou (cf. appréciation du 4 octobre 2022 du Dr H_____). Le médecin-conseil a constaté l'existence d'une ostéonécrose du condyle fémoral interne du genou et d'affirmer que l'accident du 5 décembre 2021 tel que décrit par le recourant n'était pas susceptible de provoquer de fracture. Or, le médecin-conseil n'établit pas encore que l'accident n'aurait joué aucun rôle sur les lésions actuelles du recourant et qu'un état préexistant en serait la cause exclusive. En effet, le Dr H_____ semble considérer qu'une absence de fracture ostéochondrale est suffisante pour réfuter le lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2021 et les plaintes du recourant à partir du 12 janvier 2022 qui ont nécessité la mise en place de la prothèse totale du genou gauche. Toutefois, l'absence de fracture n'est pas un élément qui exclurait tout lien de causalité entre l'accident et les plaintes du recourant. Quand bien même il ne s'agit que d'une torsion, il convient d'examiner si celle-ci n'a pas affecté le genou du recourant au-delà de la période de guérison qui est de 4 à 6 semaines telle qu'indiquée par le Dr H_____. Or, le médecin-conseil n'explique pas de manière claire et probante les raisons pour lesquelles il a conclu que la torsion du genou du recourant est considérée comme guérie et qu'elle n'a plus d'incidence sur le recourant après le 12 janvier 2022 (cf. appréciation du 4 octobre 2022 du Dr H_____). Le seul fait que l'IRM du 12 janvier 2022 a révélé une ostéonécrose du condyle fémoral et qu'il existe des facteurs extérieurs pouvant influencer la survenance d'une telle lésion n'est pas suffisant pour établir que l'origine des lésions du recourant est exclusivement malade. Il a également expliqué que le fait que le recourant ne présentait pas de plainte du genou gauche avant l'accident du 5 décembre 2021 n'était pas en contradiction avec la présence d'un état malade, un tel état ayant été révélé par le faux mouvement (cf. appréciation du 16 mai 2023 du Dr H_____). Une telle affirmation laisse penser que l'état malade du recourant est apparu consécutivement à l'accident, ce qui obligerait l'intimée à allouer des prestations jusqu'à ce que l'accident ne constitue plus la cause naturelle du dommage (cf. ATF 146 V 51). De plus, le fait que l'IRM du 12 janvier 2022 révèle une ostéonécrose ne permet pas de conclure à l'origine exclusivement malade des atteintes du recourant dans la mesure où même s'il s'agit d'une lésion dégénérative préexistante, celle-ci peut avoir été aggravée par l'accident, ce qui suffit, au regard de la jurisprudence, pour que l'assureur-accident soit tenu de prendre en charge les

suites de cet événement aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas établi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_461/2023 du 8 février 2024).

Par ailleurs, contrairement à ce qu'indique le médecin-conseil dans son appréciation du 4 octobre 2022, le Dr D_____ n'a pas retenu le diagnostic de nécrose du condyle fémoral interne « dans son rapport initial ». Ce dernier, après avoir examiné le recourant le 9 décembre 2021, a conclu à une « entorse versus déchirure du ménisque interne » (cf. rapport médical du 5 janvier 2022 du Dr D_____) et, à la suite de l'examen clinique du 5 janvier 2022, a déclaré « pencher » en faveur d'une lésion du ménisque interne (cf. rapport médical du 5 janvier 2022 du Dr D_____). Après l'IRM du 12 janvier 2022, le Dr D_____ a fait état d'un important œdème osseux témoignant d'une très probable contusion osseuse (cf. rapport médical du 8 mars 2022 du Dr D_____). L'ostéonécrose aseptique a été décrite pour la première fois par le Dr E_____ suite à l'IRM du 12 janvier 2022, où il précise qu'il s'agit d'une « ONA » organisée et étendue dans le condyle fémoral interne (cf. rapport médical du 12 janvier 2022 du Dr E_____), et dont l'évolution sera confirmée par la Dre F_____ suite aux IRM des 25 avril et 15 août 2022 (cf. rapports médicaux du 26 avril et du 16 août 2022 de la Dre F_____).

Enfin, le Dr H_____ mentionne le nombre de pas quotidiens effectués par le recourant qui traduit une surcharge possible du genou, sans indiquer la conséquence d'une telle surcharge, ni en quoi elle constituerait un élément à prendre en compte pour nier le lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2021 et les lésions du genou du recourant à partir du 13 janvier 2022 (cf. appréciation du 16 mai 2023 du Dr H_____).

La chambre de céans considère que le médecin-conseil n'étaye pas suffisamment son point de vue et ne fournit pas d'explications médicales circonstanciées et fiables sur le processus non traumatique qu'il estime être à l'origine des atteintes constatées, ainsi que les raisons pour lesquelles le mécanisme accidentel n'aurait objectivement pas pu causer l'ensemble de ces atteintes.

À défaut de quoi, il existe des éléments pouvant mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr H_____, de sorte que la chambre de céans ne peut retenir la valeur probante de ses rapports médicaux.

8.3 Le recourant se prévaut des rapports établis par le Dr G_____, son orthopédiste-traitant, lequel aboutit à la conclusion que le recourant est atteint d'une lésion ostéochondrale post traumatique qui a évolué défavorablement et seule une prise en charge chirurgicale visant à la mise en place d'une prothèse totale du genou permet de résoudre cette atteinte.

La chambre de céans ne saurait se fonder exclusivement sur les rapports de l'orthopédiste-traitant pour reconnaître un lien de causalité entre l'accident du 5 décembre 2021 et les lésions que présentent le recourant au-delà du 12 janvier 2022. Selon les rapports au dossier, aucun autre médecin ayant examiné le

recourant ne parvient à la conclusion claire d'une fracture ostéocondrale ayant évolué défavorablement.

8.4 Force est de constater que l'instruction médicale est lacunaire.

Les éléments versés au dossier ne permettent pas d'établir l'état de santé du recourant de manière précise, notamment les atteintes exactes de son genou gauche. De plus, le dossier ne contient aucun rapport relatif aux radiographies standards des deux genoux du 15 décembre 2021. Le médecin-conseil n'a pas commenté la radiographie du genou droit ni comparé celle-ci avec celle du genou gauche afin de vérifier s'il présentait également un état maladif. En outre, ni le Dr H_____ ni le Dr G_____ n'ont tenu compte des rapports médicaux des Drs E_____ et F_____ faisant suite aux IRM des 12 janvier, 25 avril et 15 août 2022, révélant des atteintes qui n'ont pas été commentées.

Ainsi, l'intimée, qui conclut que les atteintes au genou gauche du recourant sont exclusivement malades depuis le 13 janvier 2022, n'a pas assez instruit cette question. Ni l'existence des troubles dégénératifs ni leur influence sur le recourant n'ont été mises en évidence de façon précise. Il en va de même de la question de savoir si l'accident a déclenché ou aggravé ces atteintes dégénératives.

8.5 Compte tenu de tous ces éléments, il apparaît que la décision contestée repose sur une instruction insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction et qu'elle mette en œuvre une expertise en application de l'art. 44 LPGA.

9. Eu égard de tout ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision sur opposition du 25 mai 2023 et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
10. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause dans la procédure de recours, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 25 mai 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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