



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2917/2019

ATAS/422/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
RUDERMANN

recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40,
WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Didier ELSIG

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNOPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1992, travaille depuis le 1^{er} juillet 2016 en tant que *business development associate* auprès de C_____ SA. À ce titre, il est assuré contre les accidents - professionnels ou non - auprès d'AXA WINTERTHUR SA (ci-après : AXA ou l'assurance-accidents).
2. Le 25 avril 2018, vers 22h, en sortant de la douche, l'assuré a glissé et est tombé. Il s'est alors cogné le genou au sol. Suite à cette chute, l'assuré a ressenti de violentes douleurs au genou droit, avec impossibilité de poser le pied droit par terre ou de marcher.
3. Le jour même, l'assuré s'est rendu au service des urgences de l'Hôpital de la Tour, où les médecins ont soupçonné une rupture du tendon rotulien, la rotule semblant déplacée vers le haut sur la radiographie effectuée le même jour.
4. L'IRM du genou droit pratiquée le 30 avril 2018 a confirmé les stigmates d'une luxation latérale de la rotule spontanément réduite avec une déchirure du ligament fémoro-patellaire médial (MPFL) dans son secteur postérieur. Cet examen a également mis en évidence une contusion rotulienne marginale inféro-médiale, une impaction à la face latérale du condyle fémoral latéral et une hémarthrose. En revanche, aucune dysplasie fémoro-patellaire manifeste associée n'a été constatée.
5. Dans leur premier certificat à l'assurance-accidents, daté du 11 mai 2018, les médecins de l'Hôpital de la Tour ont posé le diagnostic provisoire de luxation de la rotule droite et ont évoqué deux précédents épisodes de luxation, il y a 8 et 10 ans. La capacité de travail était nulle depuis le 26 avril et ce probablement jusqu'au 7 mai 2018.
6. Depuis le 1^{er} mai 2018, l'assuré est suivi par le professeur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique auprès de la Clinique de la Colline.
7. L'IRM du genou droit, réalisée le 24 janvier 2019, a montré une chondropathie patellaire de grade IV, une patella de type Wiberg 3 et une discrète altération, inchangée, de la corne postérieure du ménisque interne, sans signe de déchirure.
8. Le 4 avril 2019, le Prof. D_____ précité a procédé à une arthroscopie diagnostique du genou droit, synovectomie partielle de voisinage, chondroplastie sur la facette médiale de la rotule, ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure de médialisation de 11mm et plastie de reconstruction du ligament MPFL à l'aide du tendon Gracilis autologue. Lors de l'intervention, il a constaté, au niveau du compartiment fémoro-patellaire, une lésion chondrale fracturaire en étoile de la facette médiale de la rotule de grade III à IV et une microfracture du lit de la lésion. Le Prof. D_____ a alors procédé à une régularisation des lambeaux instables et à une synovectomie partielle de voisinage. Suite à cette intervention, le médecin précité a évoqué les diagnostics suivants : instabilité externe de la rotule du genou droit, lésion

chondrale de la facette de la rotule de grade III et IV et status après luxation externe de la rotule.

9. AXA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a retenu, dans un avis du 8 avril 2019, un troisième épisode de luxation de la rotule suite à une glissade avec chute sur le genou droit. Les IRM réalisées avaient permis de constater que l'œdème osseux de la partie latérale du condyle était guéri. Toutefois, il y avait une petite lésion de la rotule en plus, probablement sur instabilité résiduelle ancienne et chronique. Sous réserve d'éléments probants, il fixait un *statu quo sine* environ six mois après l'accident, date à laquelle la symptomatologie qui perdurait était en relation de causalité avec l'état antérieur, soit l'instabilité chronique étant donné qu'il s'agissait d'une troisième luxation.
10. Par décision du 17 avril 2019, AXA a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 octobre 2018, aucun lien de causalité entre l'événement accidentel et les troubles encore existants ne subsistant au 24 octobre 2018 conformément à l'avis précité du Dr E_____.
11. Par opposition du 25 avril, complétée le 20 mai 2019, l'assuré s'est opposé à la décision du 17 avril 2019, expliquant notamment que lors de la première consultation, le 1^{er} mai 2018, le Prof. D_____ avait confirmé la rupture du ligament MPFL, lequel stabilisait sa rotule. Le médecin précité avait alors sollicité des examens complémentaires (radiographies et CT-Scan) et prescrit neuf séances de physiothérapie. Lors de la deuxième consultation, le 5 juin 2018, le médecin précité avait recommandé une intervention chirurgicale consistant en la reconstruction du ligament MPFL et en une ostéotomie de médialisation de la tubérosité tibiale antérieure. Il lui avait également prescrit neuf séances de physiothérapie supplémentaires, le but étant qu'il regagne toute sa mobilité du genou et qu'il renforce le quadriceps avant l'intervention chirurgicale. En raison d'une période très chargée à son travail, l'intervention n'avait eu lieu qu'en avril 2019. Entre juillet et décembre 2018, il n'avait pas subi de nouvel épisode de luxation mais avait continué à ressentir des douleurs et une instabilité au niveau de la rotule de son genou droit. Il n'avait également pas pu reprendre d'activité physique. Lors de la consultation du 8 mars 2019, le Prof. D_____ avait confirmé la nécessité de l'intervention précédemment suggérée, laquelle devait consister dans la reconstruction du ligament MPFL, une ostéotomie de médialisation de la tubérosité tibiale antérieure et une possible stimulation par chondroplastie de son cartilage, dont l'adéquation devait être déterminée au cours de l'intervention.

Cela étant précisé, le recourant a contesté les conclusions du Dr E_____ sur les points suivants. L'intervention chirurgicale lui avait déjà été proposée lors de la deuxième consultation du 5 juin 2018. L'évolution n'avait pas été satisfaisante dès lors qu'il avait continué à avoir des douleurs dans la rotule du genou droit et qu'il n'avait pas pu reprendre une activité physique. Il n'avait pas consulté le Prof. D_____ huit mois après l'accident mais six mois après, vu la période très

chargée à son travail. Certes, il avait subi deux précédents épisodes de luxation, 8 ans et 10 ans auparavant. Ces épisodes n'avaient toutefois entraîné ni traitement ni douleur, immobilisation ou encore enflure du genou droit.

Au vu de ce qui précédait, l'accident du 25 avril 2018 avait directement entraîné l'intervention chirurgicale au niveau du genou droit.

12. Suite à l'opposition de l'assuré, AXA a une nouvelle fois soumis le dossier à son médecin-conseil, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a retenu, dans un avis du 6 juin 2019, le diagnostic de troisième épisode de luxation traumatique de la rotule droite, suite à une chute.

Dans ce même avis, le médecin précité a examiné l'origine des lésions subies par l'assuré et a retenu que :

- La déchirure du ligament MPFL, ligament stabilisateur de la rotule, était survenue lors du premier épisode de luxation de la rotule, de sorte qu'il existait un état antérieur s'agissant de cette atteinte.
- Les lésions de chondropathie rotulienne étaient dues au passage de la rotule venant frotter contre le condyle fémoral lors de la luxation et du déboîtement de l'articulation. Les fissurations s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral, de grade IV, étaient le résultat des trois épisodes de luxation qui, à chaque fois, avaient traumatisé le cartilage lors du déboîtement de l'articulation.
- Un trouble constitutionnel était préexistant. Même si l'ensemble de l'imagerie réalisée et notamment les mesures scanner préopératoires de la distance tubérosité tibiale antérieure et gorge trochléenne (TAGT) n'étaient pas disponibles, le Prof. D_____ avait jugé opportun de réaliser une ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure pour traiter le vice architectural au niveau de l'articulation fémoro-patellaire. Cet état était constitutionnel et favorisait la survenue de luxations de la rotule.

Pour le Dr F_____, le lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles du genou droit était pour le moins probable. En effet, le jour même de l'accident, une luxation de la rotule et une hémarthrose, épanchement intra-articulaire, avait été constatées, ce qui témoignait d'un épisode traumatique récent.

Le médecin-conseil était ainsi d'avis que l'état antérieur avait été, temporairement, déstabilisé par l'événement du 25 avril 2018. Le retour à un *statu quo sine* était probable au plus tard six mois après l'événement. Ce délai correspondait à la durée de la réhabilitation et à la physiothérapie prescrite par la suite. Par conséquent, le *statu quo* avait effectivement été atteint le 23 octobre 2018.

Enfin, le Dr F_____ a considéré que les lésions diagnostiquées constituaient des lésions assimilées, sous la forme d'un déboîtement articulaire. Elles étaient toutefois dues quasi-exclusivement à l'usure et à un trouble architectural du genou, pathologies malades. C'était ainsi un trouble constitutionnel qui avait nécessité l'intervention correctrice d'ostéotomie au niveau de l'insertion du tendon rotulien.

Le *statu quo sine* avait été manifestement retrouvé en date du 23 octobre 2018. En d'autres termes, l'état de l'assuré à cette date était équivalent à celui qui aurait existé si l'accident ne s'était pas produit. Le médecin-conseil relevait, enfin, que l'assuré avait pu rapidement reprendre son activité professionnelle et qu'il n'y avait pas eu de nouvel épisode de luxation jusqu'à l'intervention chirurgicale en avril 2019.

13. Le 26 juin 2019, AXA a écarté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 17 avril 2019. À l'appui de sa position, l'assurance-accidents a, tout d'abord, considéré que les appréciations des Drs E_____ et F_____ étaient concluantes, exemptes de contradictions et fiables faute d'indice contraire. Le fait que l'accident assuré ait joué un certain rôle dans l'apparition ou la réapparition des douleurs au genou droit n'était pas décisif. En effet, cela ne signifiait pas forcément que l'accident était l'événement sans lequel le dommage ne serait pas survenu. Par conséquent, au vu des rapports des médecins-conseils, il convenait de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que même si le lien de causalité avec les troubles du genou était donné au début, un *statu quo* devait être fixé ensuite. L'assurance était ainsi d'avis que l'assuré avait présenté, par la suite, des symptômes identiques à ceux qui auraient existé même si l'accident assuré ne s'était pas produit, de sorte que les frais liés à l'opération stabilisatrice du genou droit, réalisée le 3 avril 2019, ne pouvaient être mis à sa charge. Au demeurant, selon les rapports des médecins traitants, les lésions constatées au genou droit en janvier 2019 étaient de nature exclusivement constitutionnelle et dégénérative, de sorte qu'il ne s'agissait pas non plus de lésions assimilées. Par conséquent, l'atteinte dont souffrait l'assuré devait être considérée comme une maladie et il appartenait ainsi à la caisse-maladie de l'assuré d'allouer les prestations.
14. Sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours le 15 août 2019 concluant, sous suite de frais et dépens, cas échéant à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique auprès d'un spécialiste du genou et, cela fait, à l'annulation de la décision sur opposition du 26 juin 2019 et de la décision du 17 avril 2019 et à la prise en charge des conséquences de l'accident du 25 avril 2018, soit notamment des frais de traitements y relatifs (frais de l'IRM du 24 janvier 2019, frais de l'intervention du 4 avril 2019 et frais liés à l'hospitalisation y consécutive). À l'appui de son recours, l'assuré a notamment considéré que se blesser le genou par un effet de torsion et un choc direct avec le sol suite à une chute en raison d'une glissade à la sortie de la douche constituait un accident. Les médecins-conseils avaient d'ailleurs conclu à une luxation de la rotule droite suite à une glissade et avaient admis un lien de causalité pour le moins probable avec l'accident. L'appréciation selon laquelle six mois après l'accident, l'état du genou droit était manifestement et exclusivement consécutif à une atteinte constitutionnelle et aux phénomènes d'usure subséquents était erronée. En effet, il ressortait d'un rapport du Prof D_____ du 18 juillet 2019, joint, qu'il ne pouvait pas s'agir d'un phénomène d'usure. Tous les spécialistes avaient admis que les

lésions au genou résultaient de trois épisodes de luxation de la rotule, accidentelles et aiguës. Or, il n'était pas contesté que le troisième épisode avait aggravé la situation préexistante. Certes, il présentait un facteur de risque morphologique, soit une déviation de l'appareil extenseur. Ce facteur n'avait toutefois pas valeur de maladie, de sorte qu'on ne pouvait parler de maladie préexistante, permettant d'expliquer la persistance des lésions présentes au genou droit, six mois après l'accident.

En annexe figurait le rapport précité du Prof D_____, dont il ressort que :

- La déchirure du ligament MPFL était survenue lors du premier épisode de luxation.
- Les luxations de la rotule se compliquaient en général de lésions cartilagineuses de la facette médiale de la rotule ou de la marge externe de la trochlée fémorale. La sévérité de ces lésions cartilagineuses était souvent corrélée à l'énergie du traumatisme menant à la luxation de la rotule. La répétition des luxations était en outre un facteur aggravant lesdites lésions cartilagineuses. Partant, il pouvait raisonnablement être considéré que le troisième épisode n'avait fait qu'aggraver des lésions cartilagineuses déjà présentes.
- Les luxations de la rotule et l'instabilité fémoro-patellaire chronique étaient associées, dans plus de 85 % des cas, à des troubles de la morphologie osseuse. Le recourant souffrait d'une déviation de l'appareil extenseur, raison pour laquelle l'ostéotomie correctrice avait été réalisée.
- La lésion du 25 avril 2018 avait certainement été facilitée par l'instabilité fémoro-patellaire chronique consécutive aux premiers épisodes de luxation. Les troubles de l'alignement de l'appareil extenseur ne représentaient pas un facteur unique de risque de luxation de la rotule.
- Les lésions présentes sur le genou droit du recourant étaient les conséquences de trois épisodes de luxation de rotule accidentels et aigus chez un patient présentant un facteur de risque morphologique parmi d'autres. Il ne s'agissait ni d'une usure, chez un patient de 27 ans, ni d'une maladie compte tenu des trois événements traumatiques bien identifiés.

15. Le 11 septembre 2019, également sous la plume d'un conseil, AXA (ci-après : l'intimée) a répondu au recours et a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. À l'appui de sa position, elle a notamment considéré qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs E_____ et F_____, dont les explications étaient convaincantes. Après avoir résumé les appréciations de ses médecins-conseils, l'intimée a considéré que l'accident assuré avait simplement aggravé - temporairement - un état antérieur déjà bien établi et que l'assuré avait continué, par la suite, à présenter des symptômes qui se seraient de toute manière manifestés même en l'absence d'un accident. Par conséquent, il n'était pas critiquable de fixer le *statu quo sine* six mois après l'accident. Compte tenu de l'existence de précédents épisodes de luxation, l'intimée

peinaît à comprendre la position du recourant, selon laquelle il ne présentait aucune usure ou maladie préexistante permettant d'expliquer la persistance de lésions sur le genou droit. L'intimée était également d'avis que le recourant et ses médecins avaient appliqué le principe « *post hoc ergo propter hoc* », lequel était impropre à établir un lien de causalité entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Au demeurant, la nature exclusivement constitutionnelle et dégénérative des lésions du genou droit excluait toute prise en charge à titre de lésions assimilées. Enfin, en l'absence d'opposition, l'assureur-maladie avait admis le bien-fondé de sa décision et, partant le principe de la prise en charge. En tout état, le dossier avait été instruit à satisfaction de droit, de sorte que la demande d'expertise orthopédique devait être rejetée.

16. Le recourant a produit sa réplique le 23 septembre 2019 et a relevé que l'intimée ne contestait pas que la lésion engendrée par l'événement du 25 avril 2018 consistait en un déboîtement d'articulation et, partant, une lésion devant être assimilée à un accident. Au demeurant, l'intimée avait accepté de prendre en charge les suites pendant six mois et elle n'avait du reste pas affirmé que la lésion était manifestement due à l'usure ou à la maladie, étant rappelé que la prédisposition constitutionnelle qu'il présentait au genou n'était pas une maladie mais tout au plus un facteur de risque de luxation, lequel ne s'était du reste jamais manifesté à gauche. En outre, l'intimée n'avait pas prouvé le retour à un *statu quo sine vel ante* six mois après l'accident. En effet, au vu de l'avant-dernier épisode 8 ans avant l'accident, de l'absence de luxation au genou gauche, de l'absence d'impotence fonctionnelle avant l'accident assuré, des constatations objectives faites immédiatement après l'accident et compte tenu du fait qu'il n'était pas contesté que l'événement du 25 avril 2018 avait aggravé une situation antérieure, il fallait constater que l'intimée échouait à prouver que le genou de l'assuré avait atteint un *statu quo sine vel ante* seulement six mois après l'accident i.e. « comme par hasard avant l'intervention chirurgicale pratiquée le 4 avril 2019 et nécessitée par l'état de ce genou ». Le recourant persistait, enfin, à conclure à la réalisation d'une expertise orthopédique.
17. Par duplique du 17 octobre 2019, l'intimée a maintenu ses conclusions, persistant à considérer que vu le facteur de risque morphologique, il fallait admettre que la nature exclusivement constitutionnelle et dégénérative de l'atteinte au genou excluait toute prise en charge en qualité de lésions corporelles assimilées. Compte tenu des avis de ses médecins-conseils, son refus de prêter au-delà du 23 octobre 2018 n'était manifestement pas contestable, ce d'autant moins que le recourant n'avait produit aucun élément médical nouveau permettant de conclure le contraire. Elle s'opposait enfin à l'instruction complémentaire sollicitée par le recourant, le dossier étant complet.
18. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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 teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

4. 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, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 octobre 2018, singulièrement si le *statu quo sine vel ante* a effectivement été retrouvé à cette date.

6. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

(ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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).

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

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.

c. 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*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; arrêts 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; FRÉSARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Sécurité sociale, 3^e éd., n^{os} 107 ss p. 930). *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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 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 ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

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

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

b. Jusqu'au 31 décembre 2016, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.1 et les références). Ainsi, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffisait que l'événement accidentel provoque en partie l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 171/05 du 23 mai 2006 consid. 4) malgré l'origine en grande partie dégénérative de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prenait fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* était établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions étaient assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. On ne se fondait donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 et les références).

c/aa. Depuis le 1^{er} janvier 2017, le nouveau droit ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur. L'assurance-accidents est en effet tenue à prestations dès qu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020 p. 3). Il s'agit d'une présomption légale que ladite lésion est assimilée à un accident. L'assureur peut toutefois prouver que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (Pierre GABUS / Lucile BONAZ, Le nouveau droit des lésions corporelles assimilées à un accident : une révolution silencieuse, in RSAS 2019 p. 377). Pour que la preuve libératoire soit admise, il appartient à l'assureur-accidents de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur des avis médicaux probants, que la lésion corporelle est due, à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.2.2).

c/bb. Dans l'arrêt de principe 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à la publication, le Tribunal fédéral a notamment détaillé la marche à suivre.

Ainsi, à réception de l'annonce d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réalisés :

- Dans l'affirmative, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA et ce jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident ou, en d'autres termes, jusqu'à ce que le *statu quo ante vel sine* soit atteint (consid. 5.1, 8.5 et 9.1) ;
- Dans la négative, l'assureur doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions à moins qu'il ne démontre que celle-ci soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50 % (consid. 8.2.2.1 et 8.6), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.2.2.2 concernant les notions d'usure et de maladie; consid. 9.1 pour le surplus). Dans le cas de l'art. 6 al. 2 LAA, l'obligation de prester de l'assurance-accidents prend fin lorsque la lésion corporelle résulte à plus de 50 % de l'usure ou d'une maladie (voir Jenny CASTELLA, op. cit., p. 35).

d. Dans son arrêt ATAS/747/2019 du 22 août 2019 consid. 17d. § 6, la chambre de céans a considéré que la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancien droit, selon laquelle la responsabilité de l'assureur-accidents était engagée, en dépit de l'origine en grande partie dégénérative de la lésion corporelle, lorsque celle-ci avait été provoquée, du moins partiellement, par un événement accidentel, ne pouvait être maintenue au vu de la teneur de l'art. 6 al. 2 LAA qui prévoyait une exclusion de prise en charge en cas de cause prédominante due à l'usure ou à la maladie. La

chambre de céans a ainsi considéré, dans l'arrêt précité, que si dans un cas donné, il était établi au degré la vraisemblance prépondérante que, parmi les causes concurrentes des lésions corporelles énumérées à l'art. 6 al. 2 LAA - dont il était présumé qu'elles avaient été causées ou aggravées par un événement accidentel -, l'état dégénératif ou maladif était prépondérant à plus de 50 %, l'assureur n'intervenait pas (ou plus) bien que l'accident fut (encore) en partie à l'origine de l'atteinte à la santé.

Cette jurisprudence a été rendue quelques semaines avant l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019. Or, dans l'arrêt précité, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque les critères d'un accident sont réalisés, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de cet accident jusqu'à que celles-ci résultent exclusivement de causes étrangères à l'accident, soit jusqu'à ce que le *statu quo ante vel sine* soit atteint (consid. 5.1, 8.5 et 9.1).

e. Contrairement à ce qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2016, en présence d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assuré ne peut plus se contenter de « s'engouffrer » vers ce rattachement, en pensant qu'il s'agit d'une voie de facilité (cf. Pierre GABUS et Lucile BONAZ, op. cit, p. 383). Même en présence d'une lésion apparaissant sur la liste de la disposition précitée, il convient d'examiner si l'atteinte peut être rattachée à la notion ordinaire d'accident. Dans l'affirmative, l'assuré bénéficie de l'application de l'art. 36 al. 1 LAA. En d'autres termes, l'assureur ne peut se libérer de son obligation de prêter que s'il démontre que l'atteinte à la santé est exclusivement due à la maladie. En fin de compte, ce n'est que dans les cas où les lésions ne sont pas consécutives à un accident que l'art. 6 al. 2 LAA est d'un intérêt pour l'assuré (ibidem).

8. a. 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).

b. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

c/aa. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c/bb. 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).

c/cc. 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; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. a. 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).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

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

c. 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 des assurances 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).

10. a. En l'espèce, le 25 avril 2018, le recourant a glissé en sortant de la douche. Il est tombé et s'est cogné le genou au sol. Les examens pratiqués par la suite ont montré des stigmates d'une luxation latérale de la rotule, une contusion rotulienne marginale inféro-médiale, une impaction à la face latérale du condyle fémoral latéral et une hémarthrose (cf. IRM du genou droit du 30 avril 2018), une chondropathie patellaire de grade IV, une patella de type Wiberg 3 et une discrète altération inchangée de la corne postérieure du ménisque interne, sans signe de déchirure (cf. IRM du genou droit du 24 janvier 2019), une instabilité externe de la rotule du genou droit, une lésion chondrale de la facette de la rotule de grade III et IV et un status après luxation externe de la rotule (cf. compte-rendu opératoire du 4 avril 2019).

En présence d'une lésion figurant sur la liste de l'art. 6 al. 2 LAA (i.e. luxation de la rotule, ce qui correspond au déboîtement d'une articulation ; let. b), il convient de déterminer si les critères d'un accident sont réalisés. Or, dans la mesure où le recourant a glissé puis chuté avant de se cogner le genou au sol, les conditions d'un accident sont de toute évidence réalisées, ce qui n'est au demeurant pas contesté par les parties. Par conséquent, l'intimée est tenue de prêter jusqu'à ce que l'accident en question ne représente plus la cause naturelle et adéquate, même partielle, de l'atteinte. En d'autres termes, l'assurance doit prêter jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes sans rapport avec l'accident (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 consid. 9.1), soit jusqu'à ce qu'un *statu quo sine vel ante* ait été atteint au degré de la vraisemblance prépondérante. C'est le lieu de rappeler, dans ce contexte, que le recours à l'art. 6 al. 2 LAA n'intervient désormais, depuis le 1^{er} janvier 2017, plus que dans la mesure où les lésions listées

à l'art. 6 al. 2 LAA ne sont pas dues à un événement pouvant être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 destiné à la publication).

b. Cela étant rappelé, force est de constater que les médecins du recourant (cf. rapport du Prof D_____ du 18 juillet 2019) et de l'intimée (cf. rapport du Dr F_____ du 6 juin 2019) sont unanimes sur le fait que :

- Le recourant présente tant une prédisposition constitutionnelle (déviation de l'appareil extenseur) qu'un état antérieur (deux épisodes de luxation avant l'événement litigieux, le premier épisode ayant eu pour conséquence la rupture du ligament MPFL) ;
- L'état antérieur (i.e. l'instabilité fémoro-patellaire chronique consécutive aux premiers épisodes de luxation) et le trouble constitutionnel (i.e. la déviation de l'appareil extenseur) ont vraisemblablement facilité la luxation de la rotule lors de la chute du 25 avril 2018.
- Les lésions cartilagineuses au niveau de la rotule droite (i.e. la chondropathie) sont le résultat des trois épisodes de luxation.

Pour leur part, les parties admettent que l'événement du 25 avril 2018 a aggravé l'état antérieur. Elles s'opposent en revanche sur l'importance de cette aggravation, l'intimée retenant une aggravation temporaire, avec un *statu quo* retrouvé le 23 octobre 2018, ce qui est contesté par le recourant.

En d'autres termes, la chambre de céans doit examiner si les atteintes toujours présentées par le recourant en date du 23 octobre 2019 sont encore dues à l'accident assuré, même si ce n'est que partiellement ou indirectement. Dans la mesure où l'intimée s'est fondée sur les rapports de ses médecins-conseils, les Drs E_____ et F_____, pour retenir le *statu quo* contesté, il convient d'examiner la valeur probante de ces documents.

Force est tout d'abord de constater que les médecins-conseils précités se sont prononcés sur dossier. Or, selon la jurisprudence fédérale, pour pouvoir avoir une pleine valeur probante, une appréciation sur dossier doit se fonder sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assuré (cf. consid. 8c/bb *supra*). Un examen approfondi du dossier soumis à la chambre de céans permet toutefois de constater que les pièces médicales sur lesquelles se sont fondés les médecins-conseils de l'intimée ne portent pas sur l'état de santé et les plaintes du recourant ainsi que les constatations cliniques des médecins à la période litigieuse, soit au mois d'octobre 2018. Par conséquent, pour ce motif déjà, les appréciations des médecins-conseils de l'intimée présentent une valeur probante amoindrie. À cela s'ajoute le fait que lesdites appréciations ne répondent pas à tous les réquisits jurisprudentiels en la matière.

En effet, l'appréciation du Dr E_____ du 8 avril 2018 est rédigée de manière vague, sans décrire les pièces figurant au dossier ou encore les troubles et plaintes

du recourant. Le Dr E_____ ne précise pas non plus les atteintes préexistantes qui auraient été décompensées voire aggravées par l'accident. Enfin, ses conclusions quant à la date du retour au *statu quo sine* ne sont aucunement motivées. Partant, aucune valeur probante ne peut être accordée à ce rapport.

Quant à l'appréciation du Dr F_____ du 6 juin 2019, même si elle paraît plus complète et plus argumentée que celle du Dr E_____, elle ne revêt pas non plus une pleine valeur probante. En effet, si le médecin précité a bien résumé les pièces au dossier, il n'a procédé à aucune anamnèse. On ne connaît donc pas précisément les antécédents du recourant, si ce n'est qu'il a été victime de deux premiers épisodes de luxation 8 et 10 ans auparavant, sans autres précisions. On ne connaît pas non plus les plaintes du recourant en automne 2018 ni les constatations cliniques effectuées par les médecins à cette période. Dans de telles conditions, les conclusions du Dr F_____ sont purement théoriques, dès lors qu'elles ne prennent pas en considération la situation particulière du recourant à la période litigieuse.

Cela étant relevé, force est également de constater que les conclusions du Dr F_____ relatives au retour à un *statu quo* sont contradictoires sur plusieurs points. En effet, le médecin précité évoque tout d'abord tant un *statu quo ante* (cf. appréciation du 6 juin 2019, dans laquelle il a écrit qu'« un retour à l'état qui existait avant ce nouvel événement est probable au plus tard six mois après l'événement » ; voir également consid. 6c *supra* pour la définition de la notion de *statu quo ante*) qu'un *statu quo sine* (cf. appréciation du 6 juin 2019, dans laquelle il a écrit « un *statu quo sine* a été manifestement retrouvé le 23 octobre 2018. Cet état est équivalent à celui qui aurait existé si l'accident ne s'était pas produit » ; voir également consid. 6c *supra* pour la définition de la notion de *statu quo sine*). Ensuite, quelle que soit la variante retenue (*statu quo sine* ou *statu quo ante*), le Dr F_____ a considéré qu'en date du 23 octobre 2018, les symptômes que le recourant présentait encore - dont la nature et l'importance ne ressortent pas du dossier faute d'instruction dans ce sens - n'étaient plus dus à la décompensation de l'état antérieur, qui était dès lors à ses yeux uniquement temporaire. Ces conclusions sont toutefois surprenantes lorsqu'on sait que le Dr F_____ a considéré, dans son appréciation du 6 juin 2019, que les lésions de chondropathie rotulienne sont le résultat des trois épisodes de luxation. Ce faisant, le médecin-conseil précité a implicitement retenu une aggravation, selon toute vraisemblance durable, de l'état antérieur du recourant. Il est, ainsi, contradictoire de considérer que l'accident assuré a uniquement déstabilisé de façon temporaire l'état antérieur et qu'au 23 octobre 2018, l'état de santé de celui-ci était équivalent soit à celui existant avant l'accident (*statu quo ante*) soit à celui qui aurait existé si l'accident ne s'était pas produit (*statu quo sine*) et de retenir, en même temps, que l'accident du 25 avril 2018 a aggravé les lésions du cartilage, lesquelles ne sont, de toute évidence, pas temporaires. Enfin, le Dr F_____ n'explique pas non plus pour quels motifs l'instabilité rotulienne préexistante n'a été déstabilisée que de manière temporaire et non pas aggravée par l'accident assuré.

En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de connaître, d'une part, les antécédents du recourant et, d'autre part, son état de santé à la période litigieuse. Dans de telles conditions, les constatations des médecins-conseils de l'intimée sont purement théoriques et ne permettent pas de se prononcer valablement sur le retour à un *statu quo sine vel ante*.

De son côté, le recourant ne produit pas non plus de rapports probants permettant de se prononcer sur la date d'un éventuel retour à un *statu quo*, le Prof D_____ ne s'étant pas exprimé sur ce point dans son rapport du 18 juillet 2019.

Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se déterminer de manière définitive sur la date d'un potentiel retour à un *statu quo*. Dans la mesure où l'intimée a constaté les faits sur la base des rapports de ses médecins-conseils très peu motivés et ne disposant d'aucune valeur probante, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur la question du retour à un *statu quo*, instruction au cours de laquelle il conviendra notamment de procéder à une anamnèse en bonne et due forme, en sollicitant le médecin traitant du recourant ainsi que le Prof D_____, avant d'ordonner, éventuellement une expertise orthopédique.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision sur opposition du 26 juin 2019 sera annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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 du 26 juin 2019 et renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à payer au recourant CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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