

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3844/2025

ATAS/233/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 mars 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1992, a effectué sa scolarité au Kosovo, sans jamais acquérir de formation certifiante. Après avoir travaillé en tant qu'installateur sanitaire dans ce pays entre mars 2014 et juillet 2017, il est arrivé en Suisse le 24 mars 2018 et a été engagé en qualité d'agent d'entretien par B_____ SA. Il s'agissait de son premier emploi en Suisse.
- b.** En cette qualité, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- B.** **a.** Le 5 juin 2019, l'assuré a été victime d'un accident de chantier. Selon la déclaration de sinistre du 6 juin 2019, adressée à la SUVA, alors qu'il « était sur l'escalier en train de nettoyer les armoires d'un appartement, il a glissé des escaliers et est tombé. Dans sa chute, il s'est fait mal aux deux genoux ». L'atteinte consistait plus précisément en une « élongation » aux deux genoux.
- b.** Le 12 juin 2019, la SUVA a informé l'assuré de la prise en charge du cas.
- c.** Dans un rapport du 27 juin 2019, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit, le docteur C_____, spécialiste en radiologie, a conclu à une fissuration de la corne postérieure du ménisque interne, sans fragment luxé. Il n'y avait pas d'atteinte osseuse ni de lésion ligamentaire et le ménisque externe était intègre.
- d.** Le 4 septembre 2019, ce radiologue a également effectué une IRM du genou gauche. Celle-ci montrait une légère contusion osseuse du condyle fémoral externe et de la patella, sans fracture nette, ainsi qu'une fissuration oblique de la corne postérieure du ménisque interne, sans fragment luxé. Aucune lésion ligamentaire n'était mise en évidence.
- e.** Dans un rapport de consultation du 28 novembre 2019, le docteur D_____, chirurgien du genou et chef de clinique au sein du département de chirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué qu'une arthroscopie du genou gauche pour résection de la plica et ménisectomie partielle interne semblait nécessaire.
- f.** L'intervention au genou gauche s'est déroulée aux HUG le 13 janvier 2020. Dans son compte-rendu opératoire du 16 janvier 2020, le Dr D_____ a indiqué que l'intervention avait consisté en une arthroscopie du genou gauche avec ménisectomie partielle interne, suture des ménisques interne et externe, et résection de la plica.
- g.** Dans un rapport du 17 mars 2020, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a répondu à une suite de questions de la SUVA au sujet de l'intervention du 13 juin 2020. Interrogé sur le point de savoir si l'accident avait entraîné, au degré de la

vraisemblance prépondérante, « d'autres lésions structurelles objectivables », il a répondu « ménisque opéré, plica ancienne ». Plus spécifiquement, l'atteinte qui avait fait l'objet de l'intervention du 13 juin 2020 était imputable à l'accident. On pouvait toutefois s'attendre, au degré de la vraisemblance prépondérante, à ce que les séquelles de l'accident ne jouent plus aucun rôle dans un délai d'environ trois mois.

h. Par décision du 17 avril 2020, la SUVA a interrompu ses prestations d'assurance au 30 avril 2020 (frais de traitement et indemnités journalières), ce sur la base de l'appréciation du Dr E_____. En effet, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 5 juin 2019 pouvait être considéré comme atteint au plus tard trois mois après l'opération du 13 janvier 2020.

i. Le 28 avril 2020, l'assuré a formé opposition à cette décision.

j. Dans un rapport du 20 avril 2020, relatif à une IRM du genou gauche effectuée le 29 avril 2020, le docteur F_____, spécialiste en radiologie, a conclu à un *status* post-résection partielle du ménisque interne avec impression de petite fissuration radiaire de grade III à la jonction corps-corne postérieure, sans fragment méniscal déplacé. Pour le surplus, il n'y avait ni anomalie méniscale externe ni lésion ligamentaire ou cartilagineuse.

k. À la suite de cette IRM, une nouvelle intervention a été programmée pour le 8 juin 2020. Dans son rapport opératoire, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué avoir procédé à l'ablation d'une suture dépassant de la surface supérieure du ménisque et à une synovectomie étendue.

l. Par appréciation du 21 juillet 2020, le Dr E_____ a estimé, à la lumière du rapport du 8 juin 2020 du Dr G_____, que ce médecin évoquait une réaction inflammatoire consécutive à la première arthroscopie du 13 janvier 2020. Il se justifiait en conséquence de prendre en charge l'arthroscopie du 8 juin 2020 et de réévaluer la situation médicale pour ses suites.

m. Le 22 juillet 2020, la SUVA a annulé sa décision du 17 avril 2020 et annoncé prendre en charge les frais médicaux et les indemnités journalières au-delà du 30 avril 2020.

- C.**
- a.** En raison de douleurs récidivantes au genou droit (compartiment fémoro-tibial interne), l'assuré a subi, le 26 août 2020, une nouvelle IRM. Dans le rapport rendu à ce sujet, le docteur H_____, spécialiste en radiologie, a indiqué que les images confirmaient la suspicion d'une fissuration complexe du ménisque interne, étendue de la corne postérieure au segment intermédiaire avec une composante oblique et une composante radiaire. La fissure s'étendait jusqu'au mur postérieur du ménisque avec la présence de kystes et de liquide le long du mur postérieur. Un œdème du cul de sac sous-quadricipital était également mis en évidence.

b. Dans un rapport du 2 septembre 2020, le Dr G_____ a constaté une anomalie du genou droit, soit du côté non opéré, et évoqué la possibilité de douleurs chroniques. La durée du traitement était impossible à évaluer.

c. Le 21 septembre 2020, l'assuré a été examiné par le Dr E_____. Celui-ci a constaté que l'assuré marchait avec difficulté avec une « boiterie d'épargne » du côté droit. La mobilité du genou gauche était décrite comme plutôt satisfaisante. Le genou droit était moins mobile et occasionnait des douleurs au niveau de l'interligne méniscal interne.

Le Dr E_____ a retenu les diagnostics de *status* après contusion des deux genoux en juin 2019 avec lésion méniscale interne des deux côtés, *status* après intervention chirurgicale le 8 juin 2020 pour réintervention et régularisation méniscale interne gauche, lésion méniscale interne droite actuellement symptomatique.

Il a proposé que l'assuré soit envoyé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) après l'intervention chirurgicale sur son genou droit.

Il a également estimé que l'activité habituelle n'était pas exigible, afin d'épargner au mieux les genoux. En revanche, une « pré-exigibilité » pouvait déjà être proposée avec une limitation de port de charges de plus de 15 kg, l'utilisation d'échelles, d'escaliers et les travaux sur des terrains instables étant déconseillés. Une activité à temps complet et à plein rendement pouvait être envisagée à ces conditions.

d. Le 26 octobre 2020, l'assuré a été opéré d'une déchirure du ménisque interne du genou droit par le Dr G_____. L'intervention a consisté en une arthroscopie du genou avec résection de la corne moyenne et la corne postérieure du ménisque interne.

e. L'intéressé a été hospitalisé du 10 novembre au 8 décembre 2020 à la CRR en vue d'une rééducation, ainsi que d'une évaluation multidisciplinaire et professionnelle. Il s'est soumis à divers examens et traitements médicaux, et a participé à des ateliers professionnels.

Dans une lettre de sortie du 16 décembre 2020, les médecins de la CRR ont relevé une amélioration de la force des quadriceps des deux côtés, sans épanchement ni tuméfaction notable. Certains tests fonctionnels n'avaient cependant pas pu être menés à terme, et, de manière générale, l'évolution objective était modeste, principalement du fait des autolimitations dont le patient avait fait preuve. Aucun nouveau diagnostic et, en particulier, aucune psychopathologie n'avaient été retenus pendant le séjour. Il y avait des discordances importantes entre l'ampleur des douleurs et la perception du handicap, d'une part, et les observations médicales, d'autre part. Le suivi auprès des ateliers professionnels de la CRR avait permis de voir l'assuré travailler sur des périodes de deux heures consécutives dans des tâches sollicitant les membres supérieurs, exigeant un niveau d'effort très léger et uniquement en position assise. Les escaliers étaient

effectués prudemment avec l'aide d'une main courante. Les déplacements étaient très lents avec une forte boiterie et un comportement douloureux prononcé. L'assuré n'était pas dans une dynamique de retour au travail et l'évaluation ne traduisait finalement que le niveau d'effort auquel il avait bien voulu consentir. Les facteurs médicaux étaient en principe favorables à un retour dans l'ancienne activité, mais des facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec la reprise.

À la sortie, les médecins de la CRR ont préconisé une reprise à 50% du 11 janvier au 11 février 2021, puis une réévaluation à cette date.

f. Le 8 janvier 2021, le Dr E_____ a indiqué partager les conclusions de la CRR quant à la reprise du travail à 50% dès le 11 janvier 2021, puis à 100% un mois plus tard.

g. Par décision du 11 janvier 2021, la SUVA, se fondant sur l'appréciation du Dr E_____, a considéré que l'assuré était apte au travail à 50% dès le 11 janvier 2021 et pleinement apte à l'emploi dès le 11 février 2021, s'agissant des suites de l'accident. Toutefois, compte tenu de la rééducation en cours, la SUVA acceptait, à titre exceptionnel, d'octroyer des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 50% du 11 janvier jusqu'au 28 février 2021 au soir. Après quoi, aucune prestation ne serait plus versée.

h. Le 18 janvier 2021, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA. Il a souligné qu'à la suite des exercices effectués à la CRR, il avait été confronté à une recrudescence de la douleur dans son genou gauche et à un engourdissement dans la jambe gauche. Le 11 janvier 2021, il avait consulté le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel lui avait prescrit des séances de physiothérapie, ainsi qu'une IRM.

i. Le 27 janvier 2021, la SUVA a rendu une décision sur opposition, confirmant sa décision du 11 janvier 2021. Au vu des problèmes d'évaluation rencontrés, dus notamment à l'autolimitation et à une cohérence questionnable, il était difficile, selon les médecins de la CRR, de recommander des limitations fonctionnelles précises. En prenant en compte l'ensemble des informations disponibles, il était cependant considéré que l'assuré possédait, au terme du séjour, les capacités fonctionnelles nécessaires à l'exercice de son ancien travail tel que décrit, soit impliquant un effort moyen avec des charges ne dépassant pas 15 à 25 kg. Quand bien même une incapacité de travail totale était encore retenue par le Dr I_____, la SUVA ne voyait pas de raison de s'écarter de la position de la CRR, également partagée par le médecin d'arrondissement. Les limitations étaient considérées comme contextuelles et non médicales.

j. Le 1^{er} mars 2021, l'assuré a déposé un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) par l'intermédiaire de son conseil. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 27 janvier, au maintien des prestations au-delà du 11 janvier 2021 et

à l'instruction, en temps voulu, de son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) et à une rente LAA.

Concernant le déroulement de l'accident, il a relevé en substance qu'il pesait plus de 100 kilos et était tombé de deux mètres de hauteur depuis une échelle double en nettoyant le dessus d'une armoire de cuisine. L'impact s'était fait sur les deux genoux directement au sol. Le traumatisme était ainsi d'une toute autre ampleur que ce qui avait été mentionné par l'employeur lors de la déclaration de sinistre et repris par la suite par la SUVA, soit une « glissade dans les escaliers ». De plus, comme attesté par le certificat du Dr I_____ du 1^{er} mars 2021, il était toujours en incapacité de travail. Il n'avait d'ailleurs pas pu prendre un emploi à 50% qu'il avait trouvé à partir du 1^{er} février 2021. Enfin, il a rappelé que le rapport de la CRR du 16 décembre 2020 indiquait que la situation médicale et les aptitudes fonctionnelles n'étaient pas stabilisées et ne le seraient pas avant un mois supplémentaire environ. Une réévaluation et un contrôle chez le médecin traitant étaient proposés à un mois environ de la reprise à 50%, soit aux alentours du 11 février 2021. Aucune réévaluation ni aucun examen de ses aptitudes fonctionnelles n'avaient pourtant eu lieu par la suite.

k. Le 30 mars 2021, l'assuré a produit un certificat du 27 mars 2021 du Dr I_____. Ce spécialiste en orthopédie y indiquait avoir reçu l'intéressé pour la première fois le 11 janvier 2021. Il considérait que sa capacité de travail était nulle depuis lors, et ce pour une durée indéterminée. Le patient se plaignait de douleurs et d'impotences fonctionnelles bilatérales supérieures à droite. Ses plaintes étaient corroborées par le *status*. À la suite de l'examen des IRM antérieures, il avait fait procéder à une nouvelle imagerie des deux genoux le 18 janvier 2021. Ces examens avaient mis en évidence, pour le genou droit, une lésion complexe du corps et de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une chondropathie de grade III du plateau tibial interne. À gauche étaient apparues une méniscopathie de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie focale de grade III à la partie antérieure du condyle fémoral interne, sans épanchement intra-articulaire. Les lésions des deux ménisques étaient persistantes, le cas n'était pas stabilisé et le patient était adressé aux HUG avec proposition de révision chirurgicale. Le médecin concluait son rapport en évoquant « la complexité des lésions depuis l'accident, des ébauches évolutives en arthrose, une atteinte à l'intégrité et une invalidité ».

l. La SUVA a répondu au recours le 5 mai 2021 et transmis à la chambre de céans une appréciation du 26 avril 2021 de la docteure J_____, spécialiste en chirurgie générale et traumatique auprès du centre de compétences de la SUVA.

La Dre J_____ a considéré que certains éléments médicaux étaient confus et certains choix des médecins difficiles à comprendre. Elle a également retenu une relation de causalité vraisemblable entre les atteintes méniscales des deux genoux et l'événement du 5 juin 2019.

Elle a trouvé « un peu » surprenant que la CRR retienne une capacité de travail complète de l'intéressé dans son ancienne activité au vu des circonstances. Elle rejoignait plutôt l'avis du médecin d'arrondissement qui, lors de son examen final d'octobre 2020, avait considéré que l'activité ancienne ne serait plus exigible, afin d'épargner au mieux les genoux et éviter l'apparition d'arthrose. Elle recommandait ainsi une activité professionnelle adaptée, soit non contraignante pour les genoux, permettant d'alterner les positions (assise et debout), évitant les montées et descentes multiples d'échelles ou d'escaliers, les marches répétées en terrain accidenté, les agenouillements ou accroupissements et le port répété de charges de plus de 15 kg. Une telle activité était exigible à plein temps et à rendement complet au plus tard dès le 11 janvier 2021, étant donné que la guérison d'une atteinte méniscale opérée était de huit semaines en règle générale.

Concernant l'évolution au-delà du 11 janvier 2021, la Dre J_____ l'a analysée par une comparaison entre les résultats des IRM des 26 août 2020 et 18 janvier 2021, qui a notamment permis d'objectiver une nette péjoration de l'atteinte cartilagineuse – chondropathie, décrite comme surprenante vu le court intervalle de temps.

Sur la base du rapport de son centre de compétence, la SUVA a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis fin décembre 2020. Le recours devait donc être partiellement admis, la décision entreprise annulée et la cause lui être renvoyée pour examen du droit de l'assuré à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2021, ainsi qu'à une IPAI. Pour le surplus, la SUVA a confirmé l'état de fait retenu dans la décision entreprise.

m. Le 10 juin 2021, la Dre J_____ a répondu à une question de la SUVA lui demandant si une greffe méniscale améliorerait les limitations fonctionnelles de l'assuré, s'il y avait lieu de l'envisager au 11 janvier 2021 ou si elle devait être prise en charge à titre de rechute. Selon ce médecin-conseil, une greffe méniscale n'exercerait aucune influence sur les limitations fonctionnelles et ne changerait rien au fait que la profession antérieure de nettoyeur en bâtiment n'était plus exigible. En revanche, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, déjà décrites le 26 avril 2021, était exigible à plein temps et sans diminution de rendement. Dans la mesure où on pouvait s'attendre à une amélioration de la qualité de vie, voire de la symptomatologie douloureuse par la greffe méniscale – quand bien même l'assuré présentait déjà une chondropathie de grade III du condyle fémoral interne à gauche et du plateau tibial interne à droite sur l'imagerie du 18 janvier 2021 –, la prise en charge d'une greffe méniscale devrait se faire à titre de rechute.

n. Le 26 juin 2021, l'assuré a versé à la procédure un rapport du 9 juin 2021 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. À teneur de celui-ci, l'évolution était défavorable avec un syndrome post-ménisectomie subtotale interne bilatérale, avec prédominance au genou gauche. Un long traitement par physiothérapie et un séjour à la CRR n'avaient pas

eu d'effets bénéfiques. Au vu des circonstances, une allogreffe méniscale interne du genou gauche était indiquée.

o. Par appréciation du 13 juillet 2021, le Dr E_____ a estimé que l'allogreffe en question pouvait être « acceptée à titre de rechute de son ancien accident, à partir de la date de la chirurgie ».

p. Par détermination du 15 juillet 2021, la SUVA a accepté de prendre en charge l'allogreffe et ostéotomie correctrice du genou gauche, vu l'évolution défavorable et la confirmation des HUG du 5 juillet 2021 que tous les critères médicaux en faveur d'une telle intervention étaient réalisés. Les conclusions prises dans le mémoire-réponse du 5 mai 2021 étaient pour le surplus maintenues.

q. Le 23 novembre 2021, l'assuré a subi une transplantation méniscale interne au genou gauche. Dans leur lettre de sortie du 6 décembre 2021, les docteurs K_____ et L_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, ont indiqué que les suites post-opératoires étaient favorables avec un contrôle radiologique satisfaisant.

r. Par arrêt du 25 janvier 2022 (ATAS/38/2022), la chambre de céans a partiellement admis le recours, renvoyé la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré pour l'essentiel que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et qu'il n'était pas non plus établi qu'il puisse exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 50% dès le 11 janvier 2021, ni à 100% dès le 28 février 2021. Pour le surplus, les rapports des médecins traitants, attestant d'atteintes à la santé au-delà de la date de sortie de la CRR, ne suffisaient pas non plus à trancher la question de la capacité de travail à partir de janvier 2021, faute de contenir tous les éléments formels nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante, eu égard notamment à la faible densité de leur motivation. Dans la mesure où la SUVA n'avait pas suffisamment instruit la situation médicale de l'assuré au-delà de fin décembre 2020, il convenait de lui renvoyer la cause, afin qu'elle mette en œuvre une expertise indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, dont la mission serait d'évaluer l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dès janvier 2021.

D. a. Le 5 avril 2022, la SUVA a informé l'assuré de son intention de confier une expertise au docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Elle l'a également invité, cas échéant, à faire part de ses observations sur l'opportunité de l'expertise en tant que telle, l'expert désigné et les questions qui seraient soumises à ce dernier.

b. Le 26 juillet 2022, l'assuré a été examiné par cet expert, lequel a rendu ses conclusions le 28 octobre 2022.

Concernant tout d'abord les circonstances de l'événement, le Dr M_____ a pris note du désaccord de l'assuré avec le descriptif figurant dans la déclaration du 6 juin 2019. Selon ses dires, l'intéressé se tenait sur une échelle de type escabeau,

tout en haut, à 2.5 mètres du sol, alors qu'il était en train de nettoyer le dessus d'une armoire de cuisine. Ce faisant, il avait fait un écart à droite. À ce moment, l'échelle avait glissé, ce qui l'avait déstabilisé. Il avait réagi en sautant et en s'écartant de l'échelle. Après avoir atterri au sol sur ses deux pieds, il s'était ensuite laissé tomber en avant, si bien que ses deux genoux avaient touché le sol.

Dans l'appréciation du cas, l'expert a indiqué que l'entretien du 26 juillet n'avait pas permis de dégager une version claire et spontanée des faits, l'assuré ayant, selon ses dires, subi un traumatisme à un genou, ou aux deux genoux.

Le bilan IRM, réalisé trois semaines après l'accident du côté droit, et trois mois après cet événement du côté gauche, avait mis en évidence une méniscopathie interne bilatérale.

Du côté gauche, la lésion comportait très probablement un substrat dégénératif (aspect globuleux du corps méniscal), peut-être aussi une composante traumatique (avec lésion de la surface – atteinte grade III). Ce substrat dégénératif méniscal paraissait avoir évolué de concert avec un syndrome d'hyperpression chronique du compartiment interne des deux genoux, tableau en lien avec un début d'usure du cartilage correspondant. L'arthroscopie du 13 janvier 2020 avait révélé la présence d'une déchirure méniscale interne, constituée principalement par un gros lambeau du segment moyen. Cet élément pouvait privilégier l'hypothèse d'une composante traumatique surajoutée (et non pas celle d'une lésion dégénérative exclusive). Ce lambeau n'avait pu être sauvé. À partir de cette intervention, le *cursus* du genou gauche était resté précaire, avec des douleurs probablement en lien avec le syndrome d'hyperpression chronique, potentiellement catalysées par la méniscectomie (l'ablation du lambeau précité étant susceptible de jouer un rôle mécanique négatif supplémentaire dans le transfert des charges). L'arthroscopie réalisée le 8 juin 2020 n'avait ainsi pas modifié de façon significative et durable ledit *cursus*.

En appliquant les mêmes hypothèses au genou droit – qui semblait avoir été symptomatique et analysé en premier par imagerie – et en tenant compte des constatations arthroscopiques du 26 octobre 2020, faisant état d'une lésion méniscale d'envergure, on pouvait admettre aussi une relation de causalité, au moins partielle, entre cette lésion du genou droit et l'événement du 5 juin 2019.

Les gonalgies bilatérales avaient perduré fin 2020. Cela avait été confirmé par un bilan effectué à la même époque à la CRR. Ce bilan avait par ailleurs permis de confirmer la présence d'une arthropathie dégénérative interne aux deux genoux, à un stade débutant ou précoce, de même que des facteurs contextuels susceptibles d'influer négativement l'évolution du cas. La situation ne se trouvait ainsi pas stabilisée à l'issue du séjour à la CRR et, par voie de conséquence, au début de l'année 2021. Cette situation n'empêchait cependant pas l'exercice d'une activité sédentaire (*cf.* appréciation du 26 avril 2021 de la Dre J_____).

Après l'allogreffe du ménisque interne effectuée le 23 novembre 2021 au genou gauche, le résultat paraissait favorable, ce genou étant peu ou pas irrité, stable, avec des amplitudes physiologiques. Quant à l'arthropathie fémoro-tibiale interne, elle ne paraissait pas s'être considérablement dégradée dans le temps et restait donc radiologiquement à un stade précoce, « suivant finalement son histoire naturelle » comme dans l'immense majorité des cas. En d'autres termes, si on admettait que l'événement du 5 juin 2019 fût responsable d'une lésion méniscale aiguë, lésion survenant manifestement sur fond dégénératif, les moyens thérapeutiques appliqués permettaient (ou permettraient) d'aboutir à une restauration anatomique, voire aussi fonctionnelle, à terme. Ce terme pouvait être fixé à environ un an après la greffe du 23 novembre 2021, délai largement suffisant pour la cicatrisation (probablement acquise dans les 4-6 mois), la mise à l'épreuve du nouveau ménisque (ensemble des activités de la vie quotidienne) et la fin de la récupération de la trophicité musculaire.

Au vu de cette évolution « encore une fois positive (actuelle et escomptée) du côté gauche », se posait la question d'une allogreffe méniscale interne également sur le genou droit, dont le *cursus* ne semblait pas non plus avoir été drastiquement entamé. En tout état, l'assuré semblait remplir les critères de sélection pour une greffe méniscale au genou droit. Si une telle greffe avait lieu, il fallait s'attendre à un résultat radio-clinique similaire à celui prévalant du côté gauche. Ainsi, une réappréciation du cas de cet assuré, à l'issue d'un délai d'un an après la supposée greffe à venir, du côté droit, permettrait de confirmer ou non le retour à un *status* fonctionnel usuel, voire à un *status* anatomique similaire à celui que l'assuré aurait eu dans le cadre de sa « pré-arthrose » interne bilatérale qui semblait lentement évolutive.

Sur le plan de l'exigibilité, rien ne permettait de s'écarter de l'appréciation faite le 26 avril 2021 par la Dre J_____. La dernière activité exercée par l'assuré n'était pas (et ne serait probablement plus) compatible, sur le moyen/long terme, avec l'état des genoux, ni en raison des conséquences supposées du traumatisme, ni en raison de la présence d'une arthropathie dégénérative. En revanche, dans une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, exercée préférentiellement en position assise, avec une limite au niveau du port de charges (10-15 kg portés sur quelques dizaines de mètres et quelques fois par jour), sans montées/descentes itératives d'escaliers, sans terrain accidenté ni positions d'agenouillement/accroupissement, la capacité de travail était entière. Elle l'était déjà en avril 2021, voire probablement dès la sortie de la CRR. Elle le serait à nouveau environ six mois après la greffe méniscale programmée du côté droit.

Enfin, il était prématuré d'évaluer une éventuelle IPAI. La situation devait être réévaluée à l'issue d'un délai d'un an après la greffe méniscale, que ce soit pour le genou gauche ou le genou droit.

c. Par courriers des 5 décembre 2022 et 19 janvier 2023, l'assuré a contesté le rapport d'expertise du 28 octobre 2022 du Dr M_____, motif pris que

l'exigibilité retenue – qui se contentait d'ailleurs de valider l'avis du 26 avril 2021 de la Dre J_____ – était simplement affirmée et non motivée sur le plan strictement médical. Sa valeur était donc faible, voire inexistante sur la question.

À l'appui de sa position, l'assuré a produit :

- Une attestation établie le 4 décembre 2022 par le Dr I_____. Selon cet orthopédiste, l'intervention ayant consisté en une greffe méniscale interne gauche, en novembre 2021, correspondait à une technique « extrêmement nouvelle et pleine d'inconnues quant à son devenir ». Cette remarque était également valable pour la greffe du ménisque interne du côté droit, programmée pour début 2023. Selon le Dr I_____, la capacité de travail était nulle depuis le 6 juin 2019 dans toute activité professionnelle, y compris adaptée, et pour une durée indéfinie. En effet, une greffe méniscale nécessitait, en prérequis, un genou normo-axé et l'absence de lésions cartilagineuses ou pré-arthrosiques. En conséquence, toute activité physique, autre que strictement nécessaire à la vie quotidienne était proscrite. La charge en position verticale était délétère, mais la position assise l'était aussi, puisqu'elle surchargeait l'articulation fémoro-rotulienne. Quant aux critères usuels de restriction de mobilité du genou, ils n'étaient pas adaptés à la situation de l'assuré car toute contrainte sur le genou pouvait « faire basculer celui-ci en arthrose » et donc le faire sortir des critères de sélection pour une greffe. L'idéal consistait en une décharge absolue, avec une conservation de la mobilité et de la musculature jusqu'à l'opération au moins.
- Un rapport du 17 janvier 2023 du Dr K_____, rappelant que l'assuré était suivi aux HUG depuis 2019 pour ses problèmes de genoux (gauche et droit) et dans l'attente d'une transplantation méniscale interne à droite. Depuis 2021, il pouvait uniquement exercer un travail adapté en position assise « avec, au minimum, des périodes de position debout de 20 minutes et au maximum [une] heure [par] jour ». La poursuite de son travail de nettoyeur n'était pas envisageable et ne l'était toujours pas jusqu'à ce jour. Dans ce contexte, il proposait que l'assuré bénéficie d'une formation complémentaire afin de pouvoir trouver un nouveau travail.

d. Le 28 février 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'elle entendait soumettre une liste de questions complémentaires à l'expert M_____.

e. Le 10 juin 2023, le Dr M_____ a rendu son complément d'expertise. Interrogé sur le point de savoir si l'accident du 5 juin 2019 avait provoqué, au degré de la vraisemblance prépondérante, des lésions structurelles susceptibles d'être objectivées, il a répondu « probablement ». Invité à dire si les atteintes méniscales avaient été aggravées de manière passagère par cet accident et, dans l'affirmative, jusqu'à quand, le Dr M_____ a rappelé qu'il avait proposé de réévaluer l'état orthopédique – en particulier l'éventuelle cessation des effets délétères de l'accident – dans un délai d'un an après la greffe méniscale. Invité à exprimer

précisément et motiver en quoi une chute avec réception sur les pieds puis sur les genoux, sans mouvement de torsion, était susceptible d'être à l'origine d'une atteinte méniscale, l'expert a indiqué que même si l'action vulnérante précise au niveau des genoux ne pouvait pas être appréciée de façon optimale – notamment en l'absence de déclaration manuscrite de la part de l'assuré qui aurait été faite peu après le traumatisme –, il n'en demeurerait pas moins qu'un mécanisme d'hyperflexion des genoux au moment de leur impact au sol, possiblement associé à une composante de cisaillement, pouvait générer une contrainte anormale postéro-interne.

Interrogé sur le point de savoir dans quelle mesure on pouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration de l'état de santé en rapport avec l'accident, l'expert a répondu que la greffe méniscale réalisée à gauche avait montré un résultat plutôt positif au moment de l'expertise, ce qui permettait d'espérer un retour à un *status* fonctionnel (voire aussi anatomique) usuel, c'est-à-dire comparable à celui que l'on pouvait raisonnablement supposer exister avant le traumatisme (arthropathie dégénérative). En d'autres termes, les greffes méniscales (réalisées du côté gauche et à réaliser du côté droit) permettraient *a priori* de rétablir le *status* fonctionnel usuel (voire aussi anatomique objectif). Cela impliquerait une éventuelle cessation du traumatisme subi.

f. Le 17 octobre 2023, la SUVA a informé l'assuré qu'elle reprendrait le versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} mars 2021, compte tenu des conclusions de l'expert M_____.

g. Par courriel du 8 janvier 2024 à la SUVA, l'avocat de l'assuré a annoncé que son mandat avait pris fin et que l'assuré gérerait désormais seul sa relation avec la SUVA.

h. Le 9 janvier 2024, l'assuré a subi une transplantation méniscale au genou droit. Dans une lettre de sortie des soins aigus du 12 janvier 2024, le Dr K_____ a indiqué que les suites post-opératoires avaient été favorables et que l'assuré avait pu regagner son domicile le 10 janvier 2024.

i. Dans un rapport du 15 mai 2024, la docteure N_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, a indiqué qu'à quatre mois de la transplantation méniscale interne réalisée au genou droit, l'assuré présentait des douleurs dans le compartiment médial du genou droit – qu'il soulageait par la prise de Dafalgan (10 comprimés par semaine tout au plus) – mais que l'évolution était favorable. Son incapacité de travail était toujours d'actualité et les HUG lui avaient proposé de poursuivre les séances de physiothérapie.

j. Par appréciation du 20 septembre 2024, le Dr E_____ a estimé à la lumière du rapport du 15 mai 2024 précité qu'à plus de six mois de la transplantation méniscale au genou droit, l'évolution était favorable, de sorte que la SUVA pouvait proposer à l'assuré la prise en charge de traitements supplémentaires,

parmi lesquels une physiothérapie adaptée et un suivi médical pour ce type de chirurgie. Ces traitements supplémentaires ne modifiaient toutefois pas le profil de capacités, qui avait déjà été établi le 10 juin 2021 par la Dre J_____. Le Dr E_____ a retenu que l'assuré devait éviter la montée et descente d'escaliers, les marches en terrain accidenté, les marches prolongées répétitives, les agenouillements et accroupissements, le port répété de charges de plus de 15 kg, et qu'il devait alterner entre les positions assise et debout. En respectant ces limitations, une activité professionnelle était exigible à 100% sans perte de rendement et ce, six mois après l'intervention du 9 janvier 2024, sous réserve qu'il n'y ait pas de complications.

Concernant le droit à une IPAI, le Dr E_____ a proposé à la SUVA d'évaluer la situation dans cinq ans. À l'appui de cette solution, il a expliqué qu'une greffe méniscale représentait une « chirurgie innovante » dont les résultats à long terme n'étaient pas suffisamment connus à ce jour, empêchant ainsi l'évaluation d'une éventuelle IPAI en l'état.

k. Le 2 octobre 2024, la Dre N_____ a établi un rapport de consultation ambulatoire de suivi, indiquant que l'évolution se montrait tout à fait favorable, mais qu'une reprise d'un travail physique lourd était impossible. La reprise de l'ancienne activité de nettoyeur en bâtiment n'était pas recommandée et une adaptation de son travail indiquée. La prochaine consultation, prévue dans environ deux mois, serait consacrée à un bilan de force et d'équilibre.

l. Le même jour, elle a rédigé une attestation d'incapacité totale de travail du 1^{er} au 31 octobre 2024 et une prescription de physiothérapie.

m. Le 5 décembre 2024, lors d'un appel téléphonique de l'assuré, la SUVA a pris note que celui-ci devait passer un test d'effort en janvier prochain et revoir le Dr K_____ en vue d'un contrôle à un an de l'opération. Sur quoi, la SUVA lui a fait observer que le Dr E_____ était d'avis que la situation médicale était stabilisée et qu'en conséquence, l'octroi d'indemnités journalières prendrait fin le 31 décembre 2024. Dans la mesure où l'activité de nettoyeur de fin de chantier n'était plus exigible, l'assuré était invité à s'adresser à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) pour connaître ses droits. Enfin, il lui était également conseillé de s'inscrire au chômage.

n. Par courrier du 5 décembre 2024 à l'assuré, la SUVA a confirmé en substance les informations qu'elle avait données le même jour au téléphone, tout en précisant que son droit à d'autres prestations serait examiné prochainement. Pour le surplus, la SUVA a énoncé les critères – définis le 20 septembre 2024 par le Dr E_____ – auxquels devait répondre une activité adaptée, en précisant que celle-ci était exigible à plein temps, sans diminution de rendement.

o. Le 7 décembre 2024, l'assuré a fait part de son désaccord avec le profil d'exigibilité retenu par le Dr E_____. « [Son] médecin » et lui étaient d'avis

qu'il ne pouvait pas reprendre un travail adapté, car cela causerait des dommages supplémentaires aux ménisques greffés.

p. Par certificat du 10 décembre 2024, le Dr I_____ a attesté que la capacité de travail de l'assuré était de 0% durant tout le mois de décembre 2024.

q. Par courrier du 12 décembre 2024, l'assuré a réitéré la position qu'il avait exprimée le 7 décembre 2024. Il a également invité la SUVA à se prononcer sur son droit à une IPAI.

r. Dans un rapport de consultation du 17 décembre 2024, le Dr K_____ a indiqué que les suites de l'allogreffe méniscale interne avaient été très favorables et rapides, surtout à gauche, mais que du côté droit, elles avaient été marquées par des douleurs dues à une tendinopathie au niveau du tendon rotulien et du rétinaculum externe. Ces douleurs s'amélioraient néanmoins gentiment. On notait toutefois, le jour de la consultation, une difficulté à monter (et surtout descendre) les escaliers, la persistance d'une douleur à la palpation – au niveau du rétinaculum externe à son attache rotulienne, ainsi qu'au niveau des fibres médiales du tendon rotulien à l'insertion rotulienne. Pour le reste, le genou droit était calme et sec, présentait une hyperextension active de 2 à 3°, avec une flexion maximale symétrique d'environ 130°. Il n'y avait pas d'instabilité, que ce soit sur le plan frontal ou sagittal. Même si l'évolution se montrait tout à fait favorable, la reprise d'un travail physique lourd était impossible et un retour à l'ancienne activité de nettoyeur en bâtiment non recommandé. Une adaptation de son travail était donc indiquée.

s. Le 24 janvier 2025, le Dr E_____ a estimé, sur question de la SUVA, que le rapport du 17 décembre 2024 du Dr K_____ ne modifiait pas la stabilisation du cas au 31 décembre 2024.

t. Dans un rapport de consultation du 12 février 2025, adressé au médecin-conseil de la SUVA, le Dr K_____ a réitéré en substance ses observations du 17 décembre 2024 et ajouté que le bilan de force réalisé le 16 janvier 2025 montrait, des deux côtés, une force absolue en-dessous de la moyenne, à 110 Nm à gauche et 72 Nm à droite. Concernant le côté droit, il se demandait si ces résultats étaient uniquement en lien avec les douleurs rapportées par l'assuré. Dans ce contexte, il avait orienté le patient vers le docteur O_____, chef de clinique auprès de l'unité de médecine physique et réadaptation, afin de déterminer si les douleurs en question étaient dues à une éventuelle irritation du tendon rotulien avec hypervascularisation. Pour sa part, il ne voyait pas de moyen pour améliorer la situation au niveau chirurgical, raison pour laquelle il ne prévoyait pas de revoir l'assuré.

u. Dans une « note de suite » du 14 mars 2025, le Dr O_____ a indiqué, à l'issue d'un examen clinique de l'assuré, qu'il n'y avait pas d'argument pour une tendinopathie rotulienne. En effet, il ne relevait ni altération structurelle ni doppler à l'échographie. Les douleurs que l'assuré présentait au genou droit se

situaient à un niveau plutôt rotulien. En conséquence, il proposait de poursuivre un programme de physiothérapie de renforcement. Si le problème persistait, une nouvelle IRM serait demandée et d'éventuelles infiltrations seraient discutées.

v. Par appréciation du 5 mai 2025, le Dr E_____ a rappelé la teneur des récents rapports des Drs K_____ et O_____, et considéré, à la lumière de ceux-ci, qu'il ne pouvait que confirmer son avis du 20 septembre 2024. Il n'y avait donc « pas de raison de s'éloigner de [sa] proposition de clôture du cas avec modification de l'exigibilité et absence d'atteinte à l'intégrité pour l'instant ».

E. a. Par décision du 23 mai 2025, la SUVA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Dans la mesure où l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles lui permettait de réaliser un revenu statistique supérieur au revenu qui aurait été le sien si l'activité antérieurement exercée s'était poursuivie, la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité ne l'était pas moins. En conséquence, les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas remplies. S'agissant d'une éventuelle IPAI, les conditions d'octroi d'une telle prestation n'étaient pas réalisées, en l'absence d'une atteinte importante à l'intégrité physique (*cf.* appréciations des 20 septembre 2024 et 5 mai 2025 du Dr E_____). Cependant, si l'état de santé exigeait la reprise du traitement médical, l'assuré pourrait s'annoncer à nouveau à la SUVA.

b. Par courrier du 2 juin 2025, l'assuré a formé opposition à cette décision, conclu à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 25% et d'une IPAI de 35 à 40%, ainsi qu'au rétablissement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2025 et, si nécessaire, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise indépendante « [...] si l'expertise du Dr M_____ [était] rejetée ».

À l'appui de sa position, il a contesté la stabilisation de son état de santé au 31 décembre 2024 et l'examen de l'IPAI, faisant grief à la SUVA d'avoir rendu la décision du 23 mai 2025 sans tenir compte des rapports des Drs M_____, I_____ et K_____ qui constataient, pour le premier, une gonarthrose bilatérale consécutive aux ménisectomies rendues nécessaires par l'accident et, pour les deux suivants, des atteintes bilatérales persistantes et limitantes non stabilisées en l'état, l'origine accidentelle des atteintes en question et leur incompatibilité avec une activité physique. Concernant plus spécifiquement l'IPAI, il a fait valoir que tant la gonarthrose bilatérale constatée par l'expert M_____ que le bilan de force réalisé le 16 janvier 2025 « [confirmant] une perte de force de 34% à 35% et des douleurs chroniques bilatérales persistantes » justifiaient l'octroi d'une IPAI de 35 à 40%. Enfin, il a contesté l'absence de perte de gain retenue par la SUVA dans le cadre du calcul du degré d'invalidité.

c. Par décision du 8 septembre 2025, l'OAI a refusé d'octroyer une rente et des mesures professionnelles à l'assuré.

d. Le 15 septembre 2025, l'assuré s'est rendu à un centre d'imagerie médicale à la demande de la SUVA, pour des radiographies de ses genoux. Dans leur rapport

du même jour, les docteurs P_____ et Q_____, spécialistes en radiologie, ont indiqué avoir comparé les données actuelles avec les anciens documents d'imagerie (IRM et radiographies des deux genoux, réalisées le 18 janvier 2021). Leurs constatations, valables à la fois pour le genou droit et le genou gauche, ne révélaient pas de changement significatif en tenant compte de la position en charge. Les structures osseuses étaient de morphologie normale. Il existait un léger pincement du compartiment interne à mettre en rapport avec une intervention sur le ménisque. Par ailleurs, il n'y avait ni modelé arthrosique, ni atteinte érosive, ni calcification pathologique intra-articulaire méniscale ou cartilagineuse.

e. Le 1^{er} septembre 2025, l'assuré s'est soumis à examen médical effectué par le Dr E_____. Dans son rapport du 24 septembre 2025, ce médecin a indiqué que s'agissant de l'évolution de la transplantation méniscale interne aux deux genoux, les impressions recueillies lors de l'évaluation clinique étaient largement favorables. Il n'y avait aucun signe de modification cutanée pouvant faire évoquer un syndrome douloureux régional complexe. Dans l'appréciation du cas, le Dr E_____ a considéré que la situation médicale était tout à fait stabilisée, ce qui lui permettait de confirmer ses appréciations antérieures. En effet, il n'y avait pas, à l'heure actuelle, de traitement susceptible de modifier de façon importante l'état de santé résultant de l'accident, étant précisé que les interventions (greffes méniscales) étaient exceptionnelles et le résultat largement au-delà des espérances. Dans la mesure où les profils des capacités restaient inchangés, il fallait se référer aux appréciations antérieures (confirmées par la Dre J_____), à savoir qu'en veillant à une alternance entre les positions assise et debout et en évitant la montée et la descente des escaliers, les marches en terrain accidenté, les marches prolongées répétitives, les agenouillements et accroupissements, ainsi que le port répété de charges de plus de 15 kg, l'assuré disposait d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement. Concernant l'IPAI, le Dr E_____ a rappelé qu'il avait évoqué, dans ses appréciations antérieures, la nécessité de faire une évaluation à cinq ans de l'intervention chirurgicale, soit en 2030. Cet avis restait d'actualité dès lors que les greffes méniscales représentaient une chirurgie innovante et que la médecine actuelle n'avait pas de recul suffisant pour prédire les résultats de cette chirurgie « à distance ». Enfin, le Dr E_____ a précisé que c'était précisément dans le contexte d'une divergence d'appréciation avec l'expert M_____ – concernant la présence de gonarthrose aux deux genoux – qu'il avait organisé le bilan radiographique réalisé le 15 septembre 2025. Ce dernier confirmait l'absence de gonarthrose, de sorte que l'affirmation contraire émise en 2022 par le Dr M_____ – qui ne prenait pas en compte les suites opératoires des greffes méniscales à moyen terme – ne pouvait pas être confirmée. Enfin, l'évaluation clinique du 1^{er} septembre 2025 avait montré l'absence de signes cliniques de gonarthrose (gonflement articulaire, signes méniscaux, limitations de la mobilité articulaire).

f. Par décision du 28 octobre 2025, la SUVA a confirmé sa décision du 23 mai 2025. Se fondant principalement sur le rapport du 24 septembre 2025 du Dr E_____, elle a fait valoir que les arguments soulevés ne permettaient ni de reporter la stabilisation du cas au-delà du 31 décembre 2024, ni l'exigibilité, à plein temps, d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles arrêtées le 24 septembre 2025, ni l'absence de droit à une IPAI en l'état (une réévaluation de cette indemnité en 2030 demeurant réservée). Enfin, la comparaison des revenus ne révélait aucune perte de gain et, partant, un degré d'invalidité nul, n'ouvrant pas droit à une rente au 1^{er} janvier 2025.

F. a. Le 3 novembre 2025, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation, à la reprise des prestations provisoires (indemnités journalières et frais de traitement), à l'octroi d'une rente d'invalidité à un taux compris entre 30 et 40% à compter du 1^{er} avril 2025 et au versement d'une IPAI d'au moins 35%.

À l'appui de sa position, il a fait valoir que la stabilisation du cas n'était acquise qu'à compter du 31 mars 2025, dans la mesure où la physiothérapie et un suivi orthopédique s'étaient poursuivis jusqu'à cette date. Pour le surplus, le recourant a contesté la valeur probante du rapport du 24 septembre 2025 du Dr E_____, plus particulièrement l'absence de prise en compte de sa gonarthrose bilatérale dans l'appréciation de l'IPAI. Enfin, dès lors que son taux d'activité exigible dans une activité adaptée s'élevait à 80%, compte tenu d'une baisse de rendement due à un besoin de pauses fréquentes (en raison des douleurs et d'une faiblesse musculaire), et qu'un abattement de 25% (au lieu des 5% accordés) devait être porté en déduction de son revenu avec invalidité, la SUVA avait surévalué ce dernier, omettant ainsi de constater qu'il subissait en réalité une perte de gain qui lui ouvrait le droit à une rente d'invalidité à un taux compris entre 30 et 40%.

b. Par réponse du 13 novembre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Le 17 novembre 2025, le recourant a répliqué et produit une clé USB sur laquelle étaient enregistrées les images de radiographies et d'IRM réalisées le 2 octobre 2025 aux HUG. Il n'a toutefois pas annexé à son envoi les rapports radiologiques relatifs à ces images, en expliquant que ceux-ci n'examinaient pas en détail les lésions cartilagineuses et sous-chondrales qu'il présentait aux deux genoux. Ces lésions étaient en effet décelables à l'examen des seules images produites et donc en contradiction avec les radiographies du 15 septembre 2025 sur lesquelles le rapport du 24 septembre 2025 du Dr E_____ se fondait.

d. Le 2 décembre 2025, l'intimée a dupliqué et requis de la chambre de céans d'ordonner la production des rapports relatifs aux images que le recourant avait commentées dans sa réplique.

e. Déférant à la demande de la chambre de céans, le recourant a versé au dossier, le 19 janvier 2026 :

- Un rapport du 2 octobre 2025 des docteurs R_____ et S_____, respectivement chef de clinique et médecin interne auprès du département diagnostique des HUG, relatif à une IRM du genou gauche, concluant à des stigmates de transplantation méniscale de la corne postérieure du ménisque interne d'aspect intègre. Hormis un discret amincissement du cartilage en fémoro-patellaire, il n'existait pas de chondropathie par ailleurs.
- Un rapport du 2 octobre 2025 des Drs R_____ et S_____, relatif à une IRM du genou droit, concluant à des stigmates de transplantation méniscale de la corne postérieure du ménisque interne d'aspect intègre. Pour le surplus, ces radiologiques ne relevaient ni nouvelle lésion méniscale ni chondropathie.

Commentant ces rapports, le recourant a indiqué en substance que même s'il n'entendait pas se substituer à une appréciation médicale spécialisée, il lui semblait contradictoire de décrire simultanément des lésions cartilagineuses focales sur la voie d'abord chirurgicale (genou droit) et un amincissement discret du cartilage (genou gauche), tout en concluant à une absence de chondropathie. En effet, toute lésion ou diminution de l'épaisseur cartilagineuse relevait, par définition, d'une chondropathie. Un rapport ne pouvait constater des atteintes cartilagineuses et conclure simultanément à leur inexistence. Enfin, ces rapports d'IRM du 2 octobre 2025 prétendaient effectuer une comparaison avec les IRM antérieures (18 janvier 2021 pour le genou gauche et 7 novembre 2023 pour le genou droit) mais restaient muets à ce sujet. En tout état, ces rapports du 2 octobre 2025 étaient « incompatibles » avec les preuves médicales antérieures.

f. Par courrier du 27 janvier 2026, l'intimée a indiqué que les rapports d'IRM du 2 octobre 2025 étaient congruents avec les observations des Drs P_____ et Q_____ du 15 septembre 2025 en tant qu'ils permettaient de conclure à une absence de chondropathie, respectivement d'arthrose au niveau des deux genoux. Partant, en l'absence d'avis médical spécialisé récent jetant un doute sur les conclusions du Dr E_____, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

g. Le 29 janvier 2026, une copie de cette dernière écriture a été transmise, pour information, au recourant.

h. Les autres faits seront mentionnés, si nécessaire, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.4 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 l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 décembre 2024 et, dans l'affirmative, sur le droit à rente d'invalidité et à une IPAI.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées aux lettres a à h (dont les déchirures du ménisque), pour autant que celles-ci ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Dans un 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 a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre 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 doit 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 doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1).

En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 5 juin 2019 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1 ; ci-après : consid. 4.2 et 4.3).

3.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

3.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit

être « sensible ». Le terme « sensible » indique donc que l'amélioration espérée par un autre traitement (approprié au sens de l'art. 10 al. 1 LAA) doit être importante (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1). Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas, pas plus que la simple possibilité d'une amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.1 et l'arrêt cité). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par exemple (arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prospective et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3). Pour ce faire, on se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris dans la notion de pronostic (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les arrêts cités).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

4.

4.1 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).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

Le seul 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. 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 (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

4.2 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

4.3 Sous la note marginale « concours de diverses causes du dommage », l'art. 36 al. 1 LAA dispose que 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.

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).

4.4 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5.

5.1 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).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c 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).

5.3 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).

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

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). 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).

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

5.3.3 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

6.

6.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). 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).

6.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence

rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

7.

7.1 En l'espèce, il est rappelé que le recourant a été victime de lésions méniscales aux deux genoux, survenues le 5 juin 2019 dans le cadre d'un accident professionnel (chute d'une échelle d'une hauteur de 2 à 2.5 mètres avec réception sur les pieds puis les genoux). Dans sa décision du 11 janvier 2021 confirmée sur opposition le 27 janvier 2021, l'intimée avait retenu que le recourant était apte à reprendre son activité habituelle à 50% dès le 11 janvier 2021, puis à 100% dès le 1^{er} mars 2021. À la suite du recours interjeté contre cette décision, elle avait conclu à l'admission partielle de celui-ci, en se fondant sur l'appréciation du 26 avril 2021 de la Dre J_____. Celle-ci retenait que si l'ancienne activité de nettoyeur ne pouvait plus être exercée, une activité adaptée pouvait être exercée à 100% dès le 11 janvier 2021. Dans l'arrêt du 25 janvier 2022 (ATAS/38/2022), annulant la décision sur opposition précitée, la chambre de céans a considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé fin décembre 2020 et qu'il n'était pas non plus établi qu'il puisse exercer une activité – même adaptée à ses limitations fonctionnelles –, que ce soit à 50% dès le 11 janvier 2021, ou à 100% dès le 1^{er} mars 2021, raison pour laquelle il incombait à la SUVA de mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré dès janvier 2021. À la suite de cet arrêt, l'expert M_____, désigné par la SUVA, s'est prononcé sur un état de fait dont le principal élément nouveau consistait en une allogreffe du ménisque interne, réalisée le 23 novembre 2021 au genou gauche, et le projet d'une intervention identique au genou droit – non encore effectuée à la date du rapport d'expertise, soit le 28 octobre 2022. Selon cet expert, le caractère favorable de l'évolution du genou gauche après la greffe, constaté au moment de l'expertise, ne dispensait pas d'une réévaluation de l'état orthopédique un an après la greffe du côté gauche – et un an après la greffe à venir du côté droit. Cela étant, l'absence de stabilisation du cas n'empêchait pas, dès avril 2021, la reprise à plein temps d'une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, exercée préférentiellement en position assise, avec une limite au niveau du port de charges (10-15 kg portés sur quelques dizaines de mètres et quelques fois par jour), sans montées/descentes itératives d'escaliers, ni position d'agenouillement/accroupissement, ni activité en terrain accidenté. Sur la base des conclusions du rapport d'expertise du 28 octobre 2022, la SUVA a accepté, le 17 octobre 2023, de reprendre le versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} mars 2021. Elle a également accepté de prendre en charge la greffe méniscale du côté droit, réalisée le 9 janvier 2024, tout en estimant, par décision du 23 mai 2025 confirmée sur opposition par la décision litigieuse, que le cas était stabilisé au 31 décembre 2024, compte tenu des appréciations du Dr E_____ des 20 septembre 2024 et 5 mai 2025. Dans la mesure où il ne subissait pas de perte de gain dans l'exercice d'une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles définies le 20 septembre 2024 par le Dr E_____, l'intéressé ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité. Enfin, il ne remplissait pas non plus les conditions d'octroi d'une IPAI. Il ressortait en effet des radiographies effectuées le 15 septembre 2025 et du rapport d'examen du 24 septembre 2025 du Dr E_____ que ni le genou gauche ni le genou droit ne présentait de gonarthrose et qu'en l'absence de recul de la médecine actuelle par rapport une technique chirurgicale nouvelle (allogreffe méniscale), il n'était pas possible de prédire l'évolution du cas actuellement, raison pour laquelle il était proposé de procéder à une évaluation de l'IPAI en 2030.

7.2 En l'occurrence, il convient d'examiner tout d'abord si le cas était stabilisé au 31 décembre 2024 comme l'intimée l'a retenu sur la base de l'appréciation du 5 mai 2025 du Dr E_____ que ce médecin a encore précisée en ces termes le 24 septembre 2025 : une restitution « *ad integrum* » de ces deux genoux restait impossible en l'état des connaissances médicales actuelles et il n'y avait pas de traitement susceptible de modifier d'une façon durable la capacité de travail qui correspondait à celle qu'il avait définie le 20 septembre 2024. Pour motiver ce point de vue, le Dr E_____ s'est référé aux rapports du 12 février 2025 du Dr K_____ et du 14 mars 2025 du Dr O_____. Sachant que le Dr K_____ y fait état d'une évolution exceptionnelle pour le genou gauche et très satisfaisante pour le genou droit, sans moyen chirurgical pour améliorer la situation ni autre rendez-vous prévu avec le patient, et que la seule réserve qu'il émet concerne le genou droit, à savoir une éventuelle tendinopathie rotulienne – non retenue le 14 mars 2025 par le Dr O_____ en l'absence d'altération structurelle et de doppler à l'échographie – ayant débouché, *in fine*, sur la prescription de la poursuite d'un programme de physiothérapie de renforcement par le Dr O_____, le fait de retenir une stabilisation de l'état de santé au 31 décembre 2024 n'apparaît pas critiquable.

7.2.1 D'avis contraire, le recourant ne conteste pas la stabilisation du cas dans son principe, mais uniquement la date du 31 décembre 2024 retenue par l'intimée. À l'appui de sa position, il fait valoir que cette stabilisation ne serait intervenue que le 31 mars 2025, étant donné que la physiothérapie se poursuivait, qu'il a dû se soumettre à un bilan de force aux HUG le 16 janvier 2025 et qu'il s'est rendu aux consultations des Drs K_____ et O_____ les 12 février et 14 mars 2025.

Les arguments du recourant ne se révèlent pas pertinents. Il sied de constater tout d'abord que le rapport du 12 février 2025 du Dr K_____ conclut à l'absence de moyen pour améliorer la situation et, par voie de conséquence, à l'absence d'amélioration « sensible » au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ci-dessus : consid. 3.3). En second lieu, il ne ressort pas davantage du rapport du 14 mars 2025 du Dr O_____ que la suite du traitement que ce praticien a prescrite répondrait à la condition d'une amélioration sensible. On rappellera en effet que ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical,

ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – comme la physiothérapie de renforcement ici prescrite –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents (ci-dessus : consid. 3.3).

7.2.2 Dans un deuxième moyen, le recourant reproche à l'intimée d'avoir mis fin aux indemnités journalières par courrier du 5 décembre 2024 sans rendre une décision formelle sur ce point précis.

Ce grief s'avère également infondé pour les motifs suivants : la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente – comme c'est le cas en l'occurrence –, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3). Par ailleurs, l'assureur-accidents ne peut pas statuer définitivement sur la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical avant de statuer sur le droit à la rente, en raison du rapport étroit existant entre ces prestations (ATF 144 V 354 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2023 du 10 avril 2024 consid. 5.3).

7.2.3 Dans un troisième moyen, le recourant soutient que le versement des indemnités journalières devrait de toute manière se poursuivre non seulement jusqu'au 31 mars 2025 (*cf.* ci-dessus : consid. 7.2.1) mais aussi jusqu'à ce que la décision en matière AI, rendue le 10 septembre 2025 dans la procédure parallèle A/3088/2025, également pendante devant la chambre de céans, soit devenue définitive. Il invoque à cet égard l'art. 70 LPGA.

Selon l'art. 70 LPGA, l'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations (al. 1). Sont tenues de prendre provisoirement le cas à leur charge : l'assurance-maladie, pour les prestations en nature et les indemnités journalières dont la prise en charge par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'OAI est contestée (let. a) ; l'assurance-chômage, pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-chômage, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'AI est contestée (let. b) ; l'assurance-accidents, pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire est contestée (let. c) ; la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité au sens de la LPP, pour les rentes dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire ou par la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité au sens de la LPP est contestée (let. d) (al. 2).

L'obligation d'un assureur social de prendre provisoirement le cas à sa charge ne peut être invoquée que lorsqu'un cas d'assurance donnant droit à des prestations sociales est survenu. L'art. 70 al. 1 LPGA précise ainsi que les avances ne peuvent être réclamées dans les cas où le cas d'assurance ne s'est pas réalisé et où les conditions d'octroi des prestations spécifiques à l'assurance sociale concernée ne sont pas remplies dans le cas particulier. Cette prémisse est clairement énoncée à l'art. 71 LPGA, selon laquelle l'assureur tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge alloue les prestations « selon les dispositions régissant son activité », c'est-à-dire conformément aux dispositions qui lui sont applicables (ATF 146 V 129 consid. 4.3 ; Marc HÜRZELER, *in Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts*, 2020, n. 70 ad art. 70 LPGA).

En conséquence, l'art. 70 LPGA ne fonde pas un droit propre aux indemnités journalières LAA au-delà de la stabilisation du cas.

On relèvera enfin qu'en l'espèce, des « mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité » (*cf.* art. 19 al. 1 LAA) n'étaient pas en cours au 31 décembre 2024, de sorte que l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge des frais de traitement et au paiement des indemnités journalières à cette date.

8. Dans la mesure où le versement d'une rente d'invalidité intervient au moment où prend fin le droit à une indemnité journalière, il reste à examiner si le recourant peut prétendre à une telle rente à compter du 1^{er} janvier 2025.

8.1 En l'espèce, il est constant que malgré les allogreffes des ménisques internes réalisées le 23 novembre 2021 au genou gauche et le 9 janvier 2024 au genou droit, le recourant ne peut plus exercer son activité antérieure de nettoyeur en bâtiment. À cet égard, le Dr E_____ – dont les appréciations sont à la base de la décision litigieuse – est d'avis que le profil de capacités établi le 10 juin 2021 par la Dre J_____ reste d'actualité et permet de retenir l'exigibilité à plein temps, et sans diminution de rendement, d'une activité adaptée (*i.e.* permettant une alternance des positions assise et debout et évitant la montée et descente d'escaliers, les marches en terrain accidenté, les marches prolongées répétitives, les agenouillements et accroupissements, ainsi que le port répété de charges de plus de 15 kg ; *cf.* appréciation du Dr E_____ du 20 septembre 2024, confirmée les 5 mai et 24 septembre 2025, à l'issue de l'examen médical du recourant du 1^{er} septembre 2025).

Fondée sur une connaissance approfondie du dossier et comportant un examen du recourant, ainsi que des conclusions motivées et cohérentes, cette appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant peut en principe se voir reconnaître valeur probante, sous réserve que des avis médicaux divergents et les arguments du recourant ne mettent pas en doute la pleine exigibilité d'une activité adaptée à partir du 1^{er} janvier 2025.

8.1.1 La chambre de céans constate que même s'ils ne prennent pas position au sujet du profil d'exigibilité défini le 20 septembre 2024, les médecins chargés du suivi du recourant n'expriment pas d'avis dissident. Ainsi, la Dre N_____ considère que la reprise de l'activité de nettoyeur en bâtiment n'est pas recommandée et une adaptation du travail indiquée (rapport du 2 octobre 2024). Le Dr K_____ s'exprime dans le même sens (rapport du 17 décembre 2024), ainsi que l'expert M_____ (rapport d'expertise du 28 octobre 2022), ce dernier renvoyant au profil d'exigibilité défini le 10 juin 2021 par la Dre J_____, à l'image du Dr E_____.

Pour le surplus, on relève certes que dans une attestation du 4 décembre 2022, le Dr I_____ mentionnait une capacité de travail nulle dans toute activité. On comprend toutefois à la lecture de ce rapport que l'inexigibilité de toute activité – même adaptée – est motivée par les doutes que le Dr I_____ exprimait au sujet d'une technique nouvelle (allogreffe méniscale) et la crainte que l'assuré, en travaillant, développe une arthrose qui le ferait sortir des critères d'éligibilité à une greffe méniscale au genou droit. Force est toutefois de constater qu'à l'époque de l'attestation du Dr I_____, le Dr K_____, qui avait lui-même réalisé la greffe méniscale au genou gauche, était d'avis contraire en tant qu'il estimait que l'assuré pouvait uniquement exercer un travail adapté en position assise, avec des périodes en position debout comprises entre un minimum de 20 minutes et ce, depuis 2021 (cf. rapport du 17 janvier 2023 du Dr K_____). En outre, l'avis du Dr I_____ du 4 décembre 2022 est contredit par le rapport d'expertise du Dr M_____, rendu à la même époque, soit après la greffe méniscale au genou gauche mais avant celle au genou droit. Or, le Dr I_____ n'explique pas quel élément objectivement vérifiable aurait été ignoré par cet expert. On constate enfin qu'hormis de nombreux certificats d'arrêts de travail, le Dr I_____ n'a plus versé de rapport médical au dossier, le dernier en date remontant au 21 août 2023 et consistant en un simple récapitulatif du suivi médical (dossier SUVA, doc. 432). Enfin, en tant que l'attestation du 4 décembre 2022 du Dr I_____ est impropre à retracer l'évolution du cas jusqu'à la décision litigieuse, elle n'est pas non plus de nature à mettre en doute les appréciations du Dr E_____, sur lesquelles se fonde la décision attaquée.

8.1.2 Il sied enfin de constater que le recourant ne conteste pas lui-même l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée une fois son état de santé stabilisé. Dans son recours, il fait cependant valoir qu'il ne pourrait travailler qu'à 80%. En tant que cette assertion n'est appuyée par aucun rapport médical, elle n'est cependant pas de nature à mettre en doute les appréciations du Dr E_____. En conséquence, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, qu'au moment où l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières et des soins, soit au 31 décembre 2024 – ce qu'elle était fondée à faire à cette date (ci-dessus : consid. 7.2 et ss.) –, l'exercice

d'une activité respectant les limitations fonctionnelles fixées par le Dr E_____ était exigible à plein temps et sans diminution de rendement.

8.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, soit au 1^{er} janvier 2025 dans le cas particulier. On précisera que les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

8.2.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2). À noter que le revenu usuel d'une branche peut également être déterminé au moyen des minima salariaux prévus dans une CCT étendue, ceux-ci représentant, de manière plus précise que l'ESS, les revenus spécifiques à cette branche (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.2 et 4.1.3). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.4).

Lorsque le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé est inférieur au salaire minimum prévu par une CCT, il n'y a pas lieu, dans le cadre

de la comparaison des revenus, de mettre l'assuré au bénéfice d'un revenu sans invalidité purement fictif correspondant à ce minimum salarial afin de nier, sur cette base, le caractère inférieur à la moyenne de ce revenu. C'est plutôt le revenu effectivement perçu qui est déterminant. Ce n'est que dans un second temps qu'il y a lieu de se demander, en vue d'une éventuelle mise en parallèle des revenus, si les circonstances permettent ou non de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2021 du 3 mai 2021 consid. 8.3.3). Toutefois, lorsque le salaire effectivement réalisé correspond au minimum prévu par une convention collective de travail (CCT), il ne peut pas être qualifié d'inférieur à la moyenne. Dans un tel cas, il n'y a pas lieu d'appliquer la règle du parallélisme des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2 et les références).

8.2.2 Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer la table TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est

notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références).

8.2.2.1. Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux (ISS) publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

8.2.2.2. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les

principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

8.2.3 En l'espèce, l'intimée a fixé le degré d'invalidité du recourant à 0% en 2025 sur la base du raisonnement et des calculs suivants :

Elle a déterminé le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS, plus précisément en se référant à la table TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »). Selon cette statistique, un homme pouvait réaliser, dans une activité simple et répétitive (niveau 1), un revenu mensuel de CHF 5'305.- selon l'ESS 2022, soit CHF 63'660.- par année. En tenant compte de la durée hebdomadaire normale de travail s'élevant à 41.7 heures, le revenu avec invalidité se montait à CHF 65'365.55 par année (CHF 63'660.- x 41.7 / 40 = CHF 65'365.55), ce qui représentait CHF 67'493.76 en 2023, CHF 68'303.69 en 2024 et CHF 69'874.67 en 2025, vu la hausse des salaires nominaux pour les hommes, s'établissant à 1.7% en 2023, 1.2% en 2024 (ISS ; T1.1.10) et à 2.3% en 2025, selon l'estimation relative au 2^e trimestre disponible au moment de la décision litigieuse. En accordant un abattement de 5%, le revenu avec invalidité s'élevait à CHF 66'381.- (soit CHF 69'874.67 sous déduction de 5% de ce montant).

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 56'195.- en se référant à la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, étendue par arrêté du Conseil fédéral du 14 mars 2018 (FF 2018 1505). Elle a considéré que le recourant entraînait, en 2025, dans la catégorie N4 (« nettoyage spécifique et de chantier » pour un nettoyeur sans qualification, depuis plus de 4 ans dans la branche). À ce titre, ladite CCT lui garantissait un salaire minimum de CHF 24.42 pour l'année en question. Compte tenu de la durée hebdomadaire maximum de 43 heures (art. 10 al. 1 CCT), du nombre de semaines par an (52) et de son droit à un 13^e salaire, calculé à raison de 8.33% (cf. art. 9 CCT), ce salaire conventionnel représentait CHF 59'152.- (soit 24.42 x 43 x 52 x 108.33%). Cependant, dans la mesure où le revenu prévu dans le contrat individuel de travail ne respectait pas les *minima* de la CCT, il y avait lieu de le paralléliser à concurrence du 95% du montant prévu par la CCT en 2025, soit de l'augmenter à CHF 56'195.-.

En comparant le revenu avec invalidité (CHF 66'381.-) au revenu sans invalidité (CHF 56'195.-), la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité ne l'était pas moins.

Concernant tout d'abord la date de la comparaison des revenus (2025), la chambre de céans constate qu'elle est correcte dès lors qu'elle correspond à l'année de naissance d'une éventuelle rente.

Quant au revenu avec invalidité, il n'apparaît pas critiquable non plus en tant qu'il se réfère à la table TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »). On peut tout au plus se demander si un abattement supérieur à 5% se justifierait en l'occurrence. À cet égard, l'intimée expose que les seules limitations fonctionnelles ne justifieraient pas d'abattement en soi mais qu'au vu des conditions d'établissement du recourant (permis C impliquant une différence salariale de 4.2% par rapport au salaire médian des Suisses et étrangers sans fonction de cadre ; table T12b) un abattement de 5% serait indiqué. Sachant que pour des limitations fonctionnelles comparables à celles ici en cause et découlant d'atteintes aux membres inférieurs, le Tribunal fédéral a confirmé l'absence d'abattement à ce titre (*cf.* notamment : arrêts du Tribunal fédéral 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3 ; 8C_219/2019 du 30 septembre 2019 consid. 5.2 ; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.1 et 4.4), respectivement un abattement de 5% (arrêts du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et 8C_59/2021 du 18 mai 2021 consid. 4.4), la question de savoir si l'ensemble des facteurs pertinents mériteraient que la déduction totale fût portée à 10% – à l'instar de ce qu'a considéré l'OAI dans sa décision du 8 septembre 2025 (Dossier SUVA, doc. 655, p. 3) – peut rester indécise comme il sera démontré ci-après. On rappellera par ailleurs que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (et *vice-versa* ; *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1).

La détermination du revenu sans invalidité appelle en revanche les observations suivantes : on rappellera tout d'abord que lorsque le salaire effectivement réalisé correspond au minimum prévu par une CCT, il ne peut être qualifié d'inférieur à la moyenne. On ajoutera que dans un tel cas, il n'y a pas lieu d'appliquer la règle du parallélisme des revenus (*cf.* ci-dessus : consid. 8.2.1 *in fine*). En l'espèce, il est exact qu'en qualité de nettoyeur, le recourant était soumis à la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande précitée et qu'en tant que nettoyeur sans qualification (catégorie N40), il aurait eu droit à un salaire horaire de CHF 24.42, respectivement CHF 59'152.- par an pour 43 heures hebdomadaires en 2025. Il sied toutefois de relever que selon les indications de l'employeur (dossier SUVA, doc. 1), le recourant travaillait certes à plein temps mais à raison de 40 heures par semaine. Avec cet horaire, il réalisait un salaire de CHF 3'900.-, versé treize fois l'an, correspondant à CHF 50'700.- en 2019. Dans la mesure où les minima salariaux de la CCT prévoyaient un salaire horaire de CHF 21.70 en 2019, correspondant à CHF 48'896.- par an (soit 21.70 x 40 x 52 x 108.33) pour un nettoyeur sans qualification avec l'ancienneté acquise à cette époque (catégorie N1 au moment de l'accident), l'affirmation de l'intimée selon laquelle « le salaire perçu en 2019 était déjà inférieur à la CCT de ce secteur d'activité pour l'année en question » (dossier SUVA, doc. 631, p. 2) se révèle inexacte. Étant donné que le revenu de CHF 50'700.- ne peut pas être qualifié d'inférieur à la moyenne, il ne faut ni le remplacer par le revenu fixé par la CCT pour 43 heures hebdomadaires

(cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2021 précité) ni le paralléliser (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 précité), mais effectuer la comparaison des revenus sur la base de celui-ci après indexation à l'ISS (table T39), ce qui aboutit à CHF 52'769.- (soit CHF 50'700 x 2'372 / 2'279) pour 2024 et CHF 53'983.- pour 2025 en tenant compte de la hausse de 2.3% prévue dans l'estimation relative au deuxième trimestre. En comparant ce dernier montant au revenu avec invalidité (CHF 66'381.-), la perte de gain et le degré d'invalidité resteraient nuls. On constate qu'il en serait de même en accordant un abattement de 10% sur le revenu avec invalidité (CHF 62'887.- ; soit CHF 69'874.67 sous déduction de 10%). Il s'ensuit que s'agissant du taux d'invalidité (0%), la décision litigieuse apparaît de toute manière correcte dans son résultat, de sorte que le recourant ne peut se voir accorder de rente d'invalidité au 1^{er} janvier 2025.

9. Il reste à examiner si le recourant peut prétendre à une IPAI.

9.1 Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202 – OLAA).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

Selon l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Les « aggravations prévisibles » au moment de la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doivent être prises en compte. Sont considérées comme telles les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable. Une aggravation future peut donc être prise en compte dès la première évaluation de l'atteinte à l'intégrité si elle peut être prévue au degré de la vraisemblance prépondérante. Une aggravation qui n'est que possible ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral U 320 du 9 juillet 1998 consid. 3b, publié in RAMA 6/1998, p. 602 ; Thomas FREI, in Marc HÜRZELER / Ueli KIESER [éd.], *Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, UVG, 2018, n. 36 ad art. 25 LAA). L'IPAI n'est pas sujette à révision au sens de l'art. 17 LPGA. En cas d'aggravation non prévisible, l'assuré a toujours la possibilité d'annoncer le cas sous forme d'une rechute ou de suites tardives qui pourront, le cas échéant, justifier le versement d'une indemnité complémentaire. Pour cette situation,

l'art. 36 al. 4, deuxième phrase, OLAA prévoit la possibilité d'une « révision » à titre exceptionnel, pour autant que l'aggravation soit importante (Jean-Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* MEYER [éd.], *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3^e éd. 2016, p. 1003, n. 327).

9.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, *op. cit.*, p. 998, n. 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 n. U 514 p. 415 ; U 134/03 consid. 5.2 ; RAMA 2000 n. U 362 p. 41).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (*cf.* Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; *cf.* aussi Thomas FREI, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, *op. cit.*, p. 1000, n. 317).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En

cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n. U 296 p. 235 ; U 245/96 consid. 2a).

Il ressort de la table 5 de la SUVA, traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, qu'une IPAI de 5 à 15% est prévue en cas d'arthrose fémoro-tibiale « moyenne ». En présence d'une arthrose « grave » du même type, l'IPAI prévue est comprise entre 15 et 30%.

9.3 Faisant siennes les appréciations du Dr E_____, l'intimée a refusé l'octroi d'une IPAI au recourant. Ce médecin a considéré dans son appréciation du 20 septembre 2024, qu'il n'y avait pas d'estimation à envisager pour une éventuelle IPAI qu'il proposait de réévaluer dans un délai de cinq ans, compte tenu de la technique chirurgicale nouvelle mise en œuvre (greffe des ménisques internes aux genoux gauche et droit), dont les résultats à long terme étaient insuffisamment connus à ce jour. Après que l'assuré eut relevé, dans son opposition à la décision du 23 mai 2025, que l'expert M_____ mentionnait que les radiographies du jour qu'il avait fait effectuer (« schuss, axiale de rotule, profil des 2 genoux » ; dossier SUVA, doc. 366, p. 14) révélaient une arthrose de stade II selon la SFA (classification de la Société française d'arthroscopie) ou de stade I selon Ahlbäck, le Dr E_____ a fait effectuer de nouvelles radiographies le 15 septembre 2025, sur la base desquelles il a estimé dans son rapport du 24 septembre 2025 que contrairement à ce qui avait été évoqué par le Dr M_____ en 2022, le bilan radiologique le plus récent en 2025 confirmait l'absence de gonarthrose aux deux genoux, relevant que l'évaluation du Dr M_____ avait été faite en 2022 et ne prenait donc pas en considération les suites opératoires des greffes méniscales à moyen terme.

Le recourant estime en synthèse qu'il serait contraire à la logique médicale que l'arthrose constatée en 2022 par le Dr M_____ ait subitement disparu en 2025. Pour appuyer sa thèse d'une dégradation arthrosique toujours en cours, il a commenté personnellement les images d'une IRM réalisée le 2 octobre 2025 aux HUG en soutenant qu'une IRM était plus éloquente à ce sujet que les radiographies du 15 septembre 2025.

La chambre de céans constate pour sa part que selon le rapport du 15 septembre 2025 des Drs P_____ et Q_____, l'examen permet de conclure à

un léger pincement du compartiment interne (au genou gauche comme au genou droit) à mettre en rapport avec une intervention sur le ménisque, étant précisé qu'il n'y avait pas de modelé arthrosique ou d'atteinte érosive. Quant aux rapports du 2 octobre 2025 des Drs R_____ et S_____ – que le recourant a finalement produits le 19 janvier 2026 –, ceux-ci relèvent qu'à l'exception de lésions cartilagineuses focales sur la voie d'abord chirurgicale et, côté gauche, un discret amincissement du cartilage en fémoro-patellaire, il n'y avait de chondropathie ni au genou gauche ni au genou droit. Il s'ensuit que ces rapports ne contredisent ni les radiographies du 15 septembre 2025 ni le rapport du 24 septembre 2025 du Dr E_____, mais qu'ils confirment au contraire l'absence d'arthrose aux genoux gauche et droit. On peut certes être tenté d'objecter que sur ce point, le Dr E_____ s'écarte tout de même de l'appréciation que l'expert M_____ a faite en 2022. Cependant, les suites opératoires des greffes méniscales à moyen terme, que le Dr E_____ a documentées – via son examen clinique du 1^{er} septembre 2025 et, surtout, les radiographies du 15 septembre 2025 – constituent des éléments objectivement vérifiables que l'expert M_____ ne pouvait nécessairement pas connaître au moment de son appréciation et qui sont suffisamment pertinents pour que l'on considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne présentait pas de gonarthrose à la date de la décision litigieuse.

S'agissant enfin du droit à une IPAI, point sur lequel ni l'expert M_____ ni aucun autre médecin ne se prononce à la lumière de l'état de fait prévalant à la date précitée, le Dr E_____ explique de manière claire que l'examen médical des deux genoux, qui était normal en 2025, ne remplit pas, en l'état, les conditions d'octroi d'une telle indemnité et que la médecine actuelle ne dispose pas de recul suffisant pour prédire « à distance » les résultats de greffes méniscales, étant donné qu'il s'agit d'une technique nouvelle. À la lumière de l'art. 36 al. 4 OLAA, la prudence affichée par le Dr E_____ n'apparaît pas critiquable. Elle signifie simplement que les aggravations futures ne peuvent pas être prises en compte dès la première évaluation de l'IPAI faute d'être établies au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'il incombera au recourant, si une aggravation ultérieure importante se produit, de demander une « révision » au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, deuxième phrase, OLAA (*cf.* ci-dessus : consid. 9.1). La décision attaquée apparaît donc conforme au droit en tant qu'elle refuse également l'octroi d'une IPAI au recourant.

10. Il s'ensuit que le recours ne peut qu'être rejeté.

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Joanna JODRY

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