

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3941/2024

ATAS/978/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 11 décembre 2025

Chambre 6

En la cause

A_____

recourant

contre

B_____SA

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1975, chef de partie au C_____, est assuré contre le risque accident auprès de B_____SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 19 juillet 2022, l'assuré a ressenti vers 10 heures une forte douleur musculaire au mollet droit remontant jusqu'à la cuisse alors qu'il se penchait sur la marchandise qui arrivait et, vers 18 heures, il a soulevé des marmites et, en pivotant avec le pied droit, il a effectué un mouvement de rotation du genou droit et il a ressenti une vive douleur à l'intérieur de ce genou (déclaration selon formulaire de déclaration d'accident du 22 juillet 2022).
- c.** L'assuré a présenté une incapacité de travail totale du 20 juillet au 11 septembre 2022.
- B.** **a.** Une IRM du genou droit du 22 juillet 2022 a conclu à une rupture partielle du faisceau postéro-latéral du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA), une lésion capsulo-méniscale de la corne postérieure du ménisque interne et une fissuration méniscale de la corne postérieure du ménisque externe de grade II sans lésion transfixiante.
- b.** Le 27 juillet 2022, le service de médecine de premier recours a attesté d'un séjour de l'assuré le 20 juillet 2022 pour une douleur et/ou œdème d'un membre. Il avait consulté suite à une douleur au niveau de la face latérale du genou droit apparue suite à un port de charge au travail. Selon des radiographies du 20 juillet 2022, il n'y avait pas de lésion ostéoarticulaire post-traumatique aiguë visible et un épanchement articulaire à confronter à une IRM dédiée.
- c.** Le 29 juillet 2022, le docteur D_____, médecin chef de clinique du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé les diagnostics de rupture partielle du LCA et de lésion horizontale segment post ménisque interne. Des séances de physiothérapie ont été prescrites.
- d.** Le 29 juillet 2022, l'assuré a rempli un questionnaire de l'assurance, en indiquant à la question « selon vous quel est l'élément qui a provoqué l'événement ? », « quand j'ai pris la marchandise et les marmites une forte douleur au genou droit ».
- e.** Le 17 août 2022, le Dr D_____ a rendu un rapport suite à une consultation du 29 juillet 2022. Il a posé les diagnostics de : « genou droit : LCA mucoïde, lésion horizontale du segment postérieur du ménisque interne et kyste de Becker ».
- Compte tenu du traumatisme à basse énergie et du bilan radio-clinique, il ne retenait pas de rupture du LCA mais plutôt un LCA mucoïde. Il prescrivait neuf séances de physiothérapie à but de renforcement musculaire.
- f.** Le 18 août 2022, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a estimé qu'il s'agissait d'une lésion assimilée à

un accident mais qu'elle était manifestement dégénérative car il existait un kyste près du LCA, un kyste poplité et un trouble dégénératif du ménisque du membre inférieur.

g. Le 6 septembre 2022, l'assurance a informé l'assuré que le fait de ressentir une douleur au genou en pivotant pendant qu'il portait des marmites ne constituait pas un accident. La lésion était assimilée à un accident mais il y avait un état préexistant à son origine et elle était provoquée de manière prépondérante par l'usure, de sorte qu'elle refusait la prise en charge de l'événement du 19 juillet 2022.

h. Par courrier daté du 20 septembre 2022 (sic), l'assuré a contesté l'appréciation du Dr E_____ et a communiqué un rapport du 26 septembre 2022 du Dr D_____, selon lequel il contestait le fait que la lésion partielle du LCA et la lésion du ménisque étaient clairement dues à la maladie. Des douleurs dans la région du genou n'étaient apparues qu'après avoir soulevé une casserole avec un traumatisme de rotation au niveau du genou droit. Le patient ne présentait aucune symptomatologie au niveau du genou précédemment.

i. Le 20 octobre 2022, le Dr E_____ a rendu un avis selon lequel « 6.2 LAA → manifestement dégénératif (En 6.2 LAA on n'a pas besoin d'un exclusivement dégénératif) ».

j. Le 19 décembre 2022, l'assuré a requis une décision formelle.

k. Par décision du 16 janvier 2023, l'assurance a refusé la prise en charge de l'événement du 19 juillet 2022.

l. Le 22 février 2023, l'assuré, représenté par l'APAS Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (ci-après : APAS), a fait opposition à la décision précitée, en faisant valoir que les avis du Dr E_____ des 18 août et 20 octobre 2022 étaient insuffisants pour démontrer de manière prépondérante le caractère malade des lésions et qu'ils étaient contredits, notamment par le rapport du 26 septembre 2022 du Dr D_____. Le kyste poplité était une affection courante et il n'existait pas de lien entre la présence de ces kystes et les lésions subies.

m. Le 17 mai 2023, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.

n. Le 20 octobre 2023, l'assuré, après avoir ressenti une forte douleur au genou gauche, a chuté sur son lieu de travail.

o. Le 30 octobre 2023, l'assuré a effectué une IRM du genou et de la jambe gauches à Naples, montrant notamment une fissure de la corne postérieure du ménisque médial et un LCA avec un segment irrégulier et un aspect aminci avec une lésion de pleine épaisseur.

p. Selon les notes de suite du docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, une infiltration

au niveau du kyste poplité du genou droit était pratiquée le 7 novembre 2022 et une infiltration intra-articulaire le 22 décembre 2022. Une infiltration du genou droit avait été pratiquée le 15 février 2023. Le 3 août 2023, il a indiqué la présence d'un kyste poplité au genou gauche, lequel entraînait une gêne, probablement due à une surcompensation. Le 15 novembre 2023, il a constaté un épanchement important du genou droit et une potentielle rupture du LCA.

q. Le 30 novembre 2023, le docteur G_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a rendu un rapport suite à une consultation du 23 novembre 2023, en raison de douleurs et instabilité des deux genoux.

Il a posé les diagnostics de rupture du LCA bilatérale le 20 octobre 2023. Il existait une double lésion du LCA. Une éventuelle plastie du LCA du genou droit devait être discutée. L'assuré ne faisait pas de physiothérapie en raison de problèmes assécurologiques.

r. Le 13 décembre 2023, le Dr G_____ a écrit une note de suite, en relevant une rupture complexe du LCA à droite (IRM du genou droit du 14 novembre 2023) et un traumatisme du genou gauche avec IRM mettant en évidence une fissure corne postérieure ménisque interne. Il était essentiel que l'assuré débute une physiothérapie avant de pouvoir envisager une chirurgie.

s. À la demande de l'assurance, le BUREAU D'EXPERTISES MÉDICALES (ci-après : BEM ; docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) a rendu le 15 avril 2024 un rapport d'expertise.

L'expert a retenu, concernant le genou droit, des diagnostics en lien de causalité avec l'événement, soit une contusion du genou droit et une déchirure partielle d'un LCA mucoïde et, sans lien de causalité avec l'événement, les diagnostics de dégénérescence mucoïde du LCA, de méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne et de méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque externe.

La situation la plus vraisemblable était l'existence d'une dégénérescence mucoïde du LCA associée, en raison de l'instabilité générée, à une méniscopathie interne et externe. Le matin à 10 heures lorsqu'il avait relevé sa caisse de pommes de terre, on ne pouvait pas exclure que se soit produite une petite déchirure méniscale externe surajoutée à cette méniscopathie externe dégénérative. Concernant la deuxième partie de l'événement à 18 heures 30 lors de ce mécanisme de pivot, il était probable que le patient ait déchiré quelques fibres de son LCA dégénératif, expliquant le claquement sec entendu. Ainsi, concernant cet événement, dont la notion d'accident n'était pas retenue, on pouvait reconnaître l'existence probable d'une lésion reconnue selon la liste à type de lésion méniscale et de déchirure ligamentaire, mais ces deux atteintes s'inscrivaient strictement dans un contexte de maladie et étaient donc dues de manière prépondérante à la maladie.

Il a retenu, en lien avec le genou gauche, des diagnostics en lien de causalité avec l'événement du 20 octobre 2023, soit une contusion du genou gauche et, sans lien de causalité, une dégénérescence mucoïde du LCA. Les plaintes de l'assuré et les troubles constatés étaient dus de manière tout au plus possible à l'évènement du 20 octobre 2023. Il existait une probable dégénérescence mucoïde du LCA. Le *statu quo sine* était fixé à six semaines, soit au 1^{er} décembre 2023.

t. Le 24 avril 2024, le Dr E_____ a déclaré qu'il adhérait aux conclusions de l'expert H_____.

u. Le 16 août 2024, l'assuré, représenté par ITALUIL, institut de tutelle et d'assistance aux travailleurs italiens, s'est opposé à l'expertise du Dr H_____. Il était normal qu'à l'âge de 49 ans le corps présentait de l'usure et de la maladie, mais c'étaient les accidents qui avaient entraîné des problèmes aux deux genoux.

v. Le 27 août 2024, l'assuré, représenté par l'APAS, s'est opposé aux conclusions du Dr H_____ s'agissant de son genou gauche, en relevant que ses constatations étaient contradictoires et incomplètes. L'hypothèse d'une dégénérescence mucoïde du LCA n'était pas étayée, alors même qu'il appartenait à l'assurance de démontrer que les lésions étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

w. Le 5 septembre 2024, le Dr E_____ a rendu un avis selon lequel le Dr H_____ avait démontré l'état préexistant et, en conséquence, avait pu poser un *statu quo sine*. L'argumentation de l'APAS n'était basée que sur des fragments d'expertise, sans reprise de toute la discussion de l'expert, ce qui n'était pas probant.

x. Par décision du 5 septembre 2024, l'assurance a mis un terme à ses prestations concernant le genou gauche, au 30 novembre 2023, en se fondant sur l'expertise du Dr H_____.

y. Par décision du 9 octobre 2024, l'office de l'assurance invalidité (OAI) a rejeté la demande de prestations, l'assuré étant reconnu incapable de travailler du 19 juillet au 12 septembre 2022 et du 20 octobre au 30 novembre 2023.

z. Par décision du 31 octobre 2024, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré, en se basant sur l'expertise du Dr H_____.

C. a. Le 26 novembre 2024, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en faisant valoir qu'il avait subi une rupture partielle du LCA et une fissuration méniscale à droite et que l'assurance n'avait pas démontré que les lésions seraient dues de manière prépondérante à la maladie. Il a conclu au remboursement de CHF 3'197.70 de frais médicaux. Il a joint des décomptes d'ASSURA, son assurance-maladie.

b. Le 14 février 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en relevant que l'expertise du Dr H_____ était probante, sans incohérences.

c. Le 11 mars 2025, le recourant a répliqué, en persistant dans ses conclusions. Il a joint le rapport d'IRM du 30 octobre 2023 et une note rédigée en italien du Dr I_____ du 23 octobre 2023.

d. L'intimée n'a pas dupliqué dans le délai imparti.

e. Le 19 mai 2025, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle par-devant la chambre de céans. L'intimée a indiqué que la décision litigieuse ne concernait que le genou droit. Une décision concernant le genou gauche avait été rendue et non contestée.

f. Le 19 mai 2025, le recourant a communiqué des pièces médicales, en indiquant que le 18 mai 2025, il avait subi un affaissement du genou droit en tombant au sol suite à l'appui de son pied droit en montant un trottoir. Il a joint une convocation auprès du Dr J_____ pour le 13 juin 2025.

g. À la demande de la chambre de céans, le Dr D_____ a rendu un rapport médical le 19 mai 2025.

Il était possible qu'une personne présente un LCA mucoïde et subisse un accident par la suite, de sorte que le lien de causalité entre les lésions au genou droit et l'accident était possible.

Il était d'accord avec les diagnostics posés par l'expert H_____. Il était impossible de dire que les douleurs étaient uniquement dues à la présence d'un LCA mucoïde. Il reconnaissait une contradiction entre ses deux rapports (17 août et 26 septembre 2022) et un avis d'un radiologue pourrait confirmer la rupture du LCA.

h. Le 26 mai 2025, l'intimée a produit le dossier concernant le genou gauche du recourant.

i. Le 10 juin 2025, l'intimée a indiqué que selon un avis du Dr E_____ du 5 juin 2025, le Dr D_____, dans son rapport du 19 mai 2025, n'apportait aucune preuve probante de la persistance d'un problème traumatique.

j. À la demande de la chambre de céans, le Dr J_____ a rendu un rapport médical le 25 août 2025.

Selon l'IRM de juillet 2022 et compte tenu d'un accident, il existait une rupture partielle du LCA. L'évolution clinique et radiologique plaidait contre une dégénérescence mucoïde et davantage en faveur d'une rupture partielle évoluant vers une insuffisance du LCA. La survenance de lésions secondaires était également un élément en faveur d'un processus d'instabilité d'origine traumatique, soit une lésion structurelle du LCA telle que décrite par le radiologue en juillet 2022.

Une distorsion du genou était plus probable qu'une contusion.

k. Le 16 septembre 2025, le recourant a observé que selon le Dr J_____, il n'existait pas de manière prépondérante des facteurs dégénératifs ou maladifs.

l. Le 16 octobre 2025, l'intimée a communiqué un avis du Dr E_____ du 30 septembre 2025, selon lequel il existait manifestement un état dégénératif préexistant, soit une atteinte dégénérative mucoïde du LCA. Faute de traumatisme, l'épanchement était en lien avec une surcharge du genou dégénératif et l'éventuelle rupture partielle du LCA était une évolution classique d'une lésion mucoïde.

L'intimé a relevé qu'en l'absence d'une notion d'accident, le rapport du Dr J_____ n'était pas probant.

m. Le 26 novembre 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire qui serait confiée au docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert.

n. Le 28 novembre 2025, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait pas de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert, ni de questions complémentaires.

EN DROIT

1.

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

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

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

2.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

2.2 En l'occurrence, la décision litigieuse concerne uniquement l'événement du 19 juillet 2022, en lien avec le genou droit du recourant, de sorte que le litige ne porte que sur cette question, étant relevé que l'événement du 20 octobre 2023 ayant donné lieu à une atteinte au genou gauche a fait l'objet de la décision de l'intimée du 5 septembre 2024, entrée en force. Le litige porte ainsi sur le refus de

l'intimée de prendre en charge les frais médicaux en lien avec les lésions au genou droit du recourant, singulièrement sur la question de savoir si ces lésions sont dues, de manière prépondérante, à la maladie.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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

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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle

avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré

3.2

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

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

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

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence

relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (*cf.* art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par ex., un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire à plus de 50% de l'ensemble des facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

3.3

3.3.1 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).

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

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).

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

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

3.3.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

3.4 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

4. En l'occurrence, il est admis par les parties que le recourant a été victime d'une lésion assimilée à un accident et non d'un accident le 19 juillet 2022.

4.1 l'intimée s'est fondée sur l'expertise du Dr H_____ du 15 avril 2024 pour retenir que la lésion assimilée dont le recourant a été victime au genou droit est due de façon prépondérante à un état antérieur maladif.

Le recourant la conteste, en se fondant sur les rapports de ses médecins traitants, notamment ceux des Drs D_____ et J_____.

4.2 Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, la description d'une journée-type, les plaintes du recourant, un examen clinique, posant des diagnostics clairs, le rapport d'expertise du Dr H_____ répond *prima facie* aux réquisits jurisprudentiels précités pour être considéré comme probant.

L'expert a considéré que le recourant présentait une dégénérescence mucoïde du LCA, associée à une méniscopathie interne et externe du genou droit. Les deux lésions méniscale et ligamentaire étaient dues de manière prépondérante à la maladie.

Cela étant, le Dr J_____, dans un avis circonstancié et convaincant du 25 août 2025, a relevé que plusieurs éléments plaident contre une dégénérescence mucoïde et davantage en faveur d'une insuffisance du LCA, soit un processus d'origine traumatique, en évoquant une distorsion du genou droit.

À cet égard, même si un facteur externe extraordinaire n'est pas présent dans le déroulement des faits, il existe un événement initial reconnaissable et identifiable, au sens de la jurisprudence précitée, dès lors que le recourant a décrit, lors de ses premières déclarations (déclaration d'accident du 22 juillet 2022) un mouvement de rotation du genou droit et que le Dr J_____, en analysant les lésions du recourant, a évoqué une distorsion du genou droit (rapport du Dr J_____ du 25 août 2025).

Selon le Dr J_____, cette distorsion est susceptible de créer un épanchement articulaire.

L'ensemble des éléments analysés est, selon le Dr J_____, en faveur d'une rupture partielle du ligament croisé antérieur, suite à l'événement du 19 juillet 2022. Le Dr J_____ explique ce qui suit :

« L'évolution clinique et radiologique du genou à travers les IRM d'octobre et novembre 2023 montre une disparition progressive du ligament croisé antérieur, sans augmentation du kyste ni intra-osseux ni postérieur. Cela plaide contre une dégénérescence mucoïde et davantage en faveur d'une rupture partielle évoluant vers une insuffisance du LCA. Les mesures radiologiques de 2022 à fin 2023 montrent de plus en plus un aspect coudé du ligament croisé postérieur, signe indirect d'une insuffisance du LCA avec translation antérieure spontanée.

Un second élément en faveur d'un processus d'instabilité d'origine traumatique est la survenue rapide (entre juillet 2022 et novembre 2023) de lésions secondaires : lésion de la corne postérieure du ménisque interne et hyperintensité au niveau de la racine postérieure du ménisque externe, toutes deux connues comme des lésions secondaires liées à une instabilité du ligament croisé antérieur (...) Concernant le diagnostic du Dr H_____, qui évoque une dégénérescence mucoïde du LCA, il n'est pas exclu que certaines fibres ligamentaires présentent une dégénérescence tissulaire. Toutefois, l'évolution radiologique entre juillet 2022 et novembre 2023 ne plaide pas en faveur d'une origine dégénérative, mais bien d'une atteinte post-traumatique. En effet, les lésions secondaires sont apparues rapidement sur les examens d'imagerie. Ces lésions ne s'inscrivent donc pas dans le cadre d'une pathologie dégénérative, mais résultent très probablement d'une lésion structurelle initiale du LCA, telle que décrite par le radiologue en juillet 2022. »

Ces éléments mettent sérieusement en doute l'appréciation de l'expert H_____, de sorte qu'une instruction complémentaire est nécessaire, par le biais d'une expertise orthopédique judiciaire.

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

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale de A_____. La confie au Dr K_____.
- Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée.
 - C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants :
- 1. **Anamnèse détaillée**
 - 2. **Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. **Status et constatations objectives**
 - 4. **Diagnostics en lien avec le genou droit de la personne expertisée, suite à l'événement du 19 juillet 2022**
 - 4.1 Dates d'apparition
 - 4.2 En particulier, la personne expertisée a-t-elle présenté une déchirure du LCA ?
 - 4.2.1 Si oui, depuis quelle date ?
 - 4.3 Les lésions constatées sont-elles compatibles avec un mouvement de rotation du genou droit, tel que décrit par la personne expertisée, selon la déclaration d'accident du 22 juillet 2022 ?
 - 5. **Causalité**
 - 5.1 Les atteintes constatées sont-elles manifestement dues à l'usure ou à une maladie ? (soit une probabilité de plus de 50%)
 - 5.1.1 Veuillez motiver votre réponse
 - 5.1.2 À partir de quel moment le *statu quo ante* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?
 - 5.2 À partir de quel moment le *statu quo sine* a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait

survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ?

6. **Limitations fonctionnelles**

6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

6.1.1 Dates d'apparition

7. **Capacité de travail**

7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, voire dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, compte tenu des atteintes au genou droit et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis le 19 juillet 2022 ?

8. **Traitement**

8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation

8.2 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ?

8.3 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état stabilisé) ?

9. **Atteinte à l'intégrité**

9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive ?

9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ?

10. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

10.1 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr H_____ du 15 avril 2024 ? En particulier avec le constat que l'atteinte au genou droit est due de manière prépondérante à la maladie ? Si non, pourquoi ?

10.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr E_____ (5 septembre 2024, 5 juin 2025 et 30 septembre 2025) ? Si non, pourquoi ?

10.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr J_____ du 25 août 2025, en particulier avec le constat que l'atteinte au genou droit n'est pas due à une pathologie dégénérative mais est la conséquence d'une distorsion du genou, soit un processus d'instabilité d'origine traumatique ? Si non, pourquoi ?

11. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles

E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans.

II. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le